# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

*ZE WSPOŁUDZIAŁEM* PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

| Marzec | ROCZNIK DRUGI | 1900. |
|---|---|---|

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Wągr oka w Polsce.

Zebrał i nowemi spostrzeżeniami uzupełnił

DR JÓZEF TALKO.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. lubels. d. 5 lutego 1900 roku).

Dr A. Kraemer z Zurychu posiłkował się przy napisaniu swej klasycznej pracy »Die thierischen Schmarotzer des Auges«[1]) ośmioma przypadkami wągra powiek i sąsiednich części, 51 opisami podspojówkowego wągra, 10 wągra w oczodole, 36 w komórce oka, jednym w soczewce (? A. v. Graefe), 122 przypadkami w ciele szklistem, wreszcie 72 — pod siatkówką. To jest znalazł do tej pory opisanych 300 spostrzeżeń wągra ocznego, liczbę niezaprzeczenie nie odpowiadającą wszystkim do dziś dnia spostrzeganym przypadkom w rozmaitych krajach Europy i Ameryki, nie wszystkie bowiem były opisywane. —

¹) Graefe-Saemisch: Handbuch d. ges. Augenheilkunde 9, 10 u. 11 Lieferung. Leipzig. 1899, str. 1—182.

Kol. T. Bałłaban zebrał więcej opisów, aczkolwiek swój artykuł ogłosił o rok wcześniej [1]): ogólną liczbę podaje on 324, z której połowa (162) przypada na szczęśliwe pod tym względem Niemcy [2]), wtedy, gdy we Francyi spostrzegano tylko 23 przypadki, we Włoszech 25, w Anglii 13, w Ameryce 12, w Austryi 36. Na Rosyę podaje 14, a na Polskę 17 przypadków. Zobaczymy, że te dwie ostatnie liczby znacznie się powiększyły, szczególnie odnośnie do ziem polskich.

W Polsce wągra spostrzegano dotąd pod spojówką, w przedniej komórce oka, w ciele szklistem, pod siatkówką i w oczodole.

Poniżej podaję w streszczeniu ze wskazaniem źródeł opisane już przez kolegów spostrzeżenia w naszych czasopismach, uzupełniając takowe nowymi, dotąd jeszcze nieogłoszonymi przypadkami wągra — jednego z najezdzców oka ludzkiego.

I. Wągr oczodołowy *(cysticercus orbitae)*, jak wiadomo, występuje siedm razy rzadziej, niż bąblowiec *(echinococcus)* [3]) i nigdy nie wytwarza tak obszernych, grożących przebiciem ścian oczodołu torbieli, jak ten ostatni. Zwykle objawia się pod postacią tenonitis. U nas spostrzegał pierwszy przypadek kol. W. Kamocki w warszawskim ocznym instytucie w r. 1897. Wspomina o nim w dwóch słowach kol. Bałłaban w powyższym swym artykule. Jak mi donosi kol. Kamocki listem z d. 17 grudnia 1899 r., przypadek ten miał miejsce u młodej panienki, a jak podaje Dr B. Wagner [4]) u dziecka (Nr 7, tabl. II).

---

[1]) Dr T. Bałłaban: Przypadek wągra w c. szklistem w »Przeglądzie Lek.« Nra 35 i 36, 1898.

[2]) Od czasu obowiązkowego badania mięsa przypadki wągra widocznie się zmniejszyły, i tak według Hirschberg'a (Die Entwickelung der Augenheilkunde im neunzehnten Jahrhundert, »Berl. Klin. Wochenschrift«. Nr 4. 1900) przypadało w Niemczech na 60 tysięcy chorych ocznych 70 przypadków wągra, po zaprowadzeniu zaś tego obowiązku 3 przypadki na 73 tysiące chorych. *W.*

[3]) W Bibliografii A. Kraemer'a zebrano 70 opisów oczodołowego bąblowca.

[4]) Kronika Lekarska Nr 13, 1899.

Wągr mieścił się na zewnątrz powięzi Tenon'a, poza przyczepem mięśnia prostego zewnętrznego; w zwykłych warunkach był niewidocznym, dopiero przy skrajnem skierowaniu gałki ku nosowi, uwidoczniał się jako jajowata wyniosłość. Rozpoznanie postawione było dopiero przy operacyi; dla głębokiego bowiem umieszczenia nie wykonano przeświecania torbieli.

Drugi przypadek spostrzegał Dr A. Szulisławski (Lwów), który mi go tak opisuje:

Dr P., l. 27, ze Lwowa, opowiada, że w maju r. 1896 jechał w nocy wśród wiatru i deszczu przez 3 godziny, poczem nastąpiło dość znaczne nastrzykanie spojówkowe i obrzęk kiełbasowaty spojówki gałkowej, nadto dość znaczne bóle w gałce lewej bez ścisłego umiejscowienia. Po 7 dniach objawy te ustąpiły. W ciągu r. 1897 występowały w przerwach 1—2 miesięcznych słabe bóle w lewym oczodole, połączone z mniej lub więcej wybitnym obrzękiem pod dolną powieką, które po 3 tygodniach zazwyczaj ustępowały. Używanie alkoholu lub niewyspanie stan pogarszało.

W lutym lub marcu 1899 roku wystąpiły po raz pierwszy podwójne obrazy. Kiła wykluczona. Z początkiem kwietnia 1899 roku stwierdzić można było lekki, ale wyraźny trzeszcz gałki ocznej lewej, nastrzykanie spojówki gałkowej i porażenie mięśnia prostego górnego. Dno oka i bystrość wzroku prawidłowe. Polecono: Natr. salicyl., elektryzowanie prądem stałym, później Kali jodat. i t. d.

W ciągu roku 1899 stan stale się pogarsza. Trzeszcz gałki staje się wyraźniejszym, — w maju występuje porażenie mięśnia zewnętrznego prostego, w sierpniu zaś prostego dolnego. Dno oka i bystrość wzroku bez zmiany. Z początkiem grudnia spostrzegł kol. P. wypuklenie guziczkowate w załamku dolnym, które po długiej niebytności przyszedł mi przedstawić. Stwierdzono wówczas mniej więcej w samym środku dolnego załamka guziczkowate łagodnie się wznoszące wypuklenie wielkości grochu, żółtawo-różowawo z poza spojówki przeświecające. Naczynia spojówki gałkowej szerokie, rozdęte, postronkowate. — Po ostrożnem nacięciu spojówki, guz pokrywającej, wylewa się

obficie ropa, a z nią wypływa pęcherz wielkości dużego grochu, na którym można wykazać główkę, z wszystkimi szczegółami, jednem słowem typowy wągr.

Gojenie prawidłowe. Sprawność mięśnia prostego górnego dotychczas jeszcze nie powróciła (t. j. do lutego b. r.) Przypadek ten drukiem nieogłoszony.

II. *A)* Wągr pod spojówką *(cysticercus subconjunctivalis)*.

Spostrzegali go w następującym porządku:

1. Dr J. Talko (Lublin). Wągr pod spojówką oka, z ryciną (»Medycyna« 1875. III. 257); toż samo w »Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde« XIII, str. 299—303. 13letnia chora była Izraelitką z guberni lubelskiej. Wągr wyrastał w dolnym przejściowym załamku lewego oka. Operowałem z pomyślnym wynikiem; torbiel była dość gruba.
2. Dr J. Kilarski (Lwów). Wągr spojówki. Przypadek opowiedziany w Tow. lek. galic. d. 16 czerwca (»Przegl. Lek«. 1876. XV, str. 445). Torbiel wielkości orzecha laskowego znajdowała się u 5letniej dziewczynki na granicy spojówki gałkowej i załamkowej. Rozpoznanie wągra zostało stwierdzone pooperacyjnem zbadaniem wyciętej torbieli.
3. Dr J. Przybylski (Warszawa). Wągr podspojówkowy, z ryciną (»Gazeta Lek.« 1880. Nr 25). Przypadek miał miejsce u 30letniej Podolanki, u której autor dokonał operacyi z pomyślnym wynikiem. Wągr wyrastał w wewnętrznym kącie lewego oka, nieco pod górną powieką, przyczem dolna $^1/_3$ część guzka przykrywała się załamkiem półksiężycowym. Obecność pasożyta w wyciętej torbieli stwierdził prof. Brodowski.
4. Prof. L. Rydel (Kraków) wydobył wągra z pod spojówki oka u młodej Izraelitki. Wspomina o tym przypadku kol. Sroczyński w »Przegl. Lek.« 1890, Nr 42, str. 596.
5. Dr J. Talko (Radom). Wypadek wągra podspojówkowego, z 3 rycinami, z drobnowidowem badaniem torbieli pasożyta. 7letnia dziewczynka, urodzona i mieszkająca w Radomiu. Pasożyt rozrastał się między dolnym przejścio-

wym załamkiem i rogówką, w nosowym kącie prawego oka. Operowano pomyślnie. (»Nowiny Lek.« 1895. Nr 5).

6. Dr W. Kamocki (Warszawa) opisał rzadki przypadek 2 jednocześnie wągrów *(cysticercus duplex)* w nosowym kącie prawej gałki u 5letniej włościańskiej dziewczynki, Maryanny Ch., spostrzegany i operowany w warszawskim ocznym instytucie. Pęcherze wyrosły w ciągu 5 tygodni. Przy operacyi sąsiadujących z sobą jajowato-kulistych pęcherzyków kol. Gepner (ojciec) wydobył z każdego wągra, chociaż u jednego główki nie odszukano. Chora z guberni warszawskiej (»Gazeta Lek.« 1882, II, str. 576, z ryciną[1]). Br. Wagner zapisał go pod Nr. 3, tablicy II).

7. Dr Gepner (syn) w roku 1897 operował z powodzeniem podspojówkowego wągra u 14letniej Izraelitki P. J. z Włocławka w warszawskim ocznym instytucie. Owalny pęcherz wyrastał od 3 tygodni na prawem oku, odpowiednio przyczepowi mięśnia dolnego, to jest poniżej rogówki. Po rozpoznaniu pasożyta wyłuszczono pęcherz, odłączywszy go od twardówki, do której przyrastał. Po zatamowaniu obfitego krwotoku i użyciu 3 szwów, rana w spojówce zagoiła się. W otoczeniu torbieli znaleziono wiele olbrzymich komórek. Przypadek ten zapisany w powyższym artykule kol. Bol. Wagnera jako przypadek IV.

8. Dr W. Kamocki (tamże) 1897 r. wyciął podspojówkowego wągra w dolnym załamku *(fornix)* lewego oka u 11letniej panienki Grodzkiej. Przypadek ten, nieopisany jak i poprzedni przez kol. G. i K., wykazany u Wagnera w tabl. II, pod nrem 8.

9 i 10. Dwa przypadki (u kobiety i mężczyzny) wągra pod spojówką spostrzegano w klinice okul. Uniw. Jagiellońskiego w roku 1897 (»Wiadomości z kliniki okulistycznej

---

[1]) Dr A. Kraemer w powyższej swej monografii na str. 27 tak mówi: »Pęcherz podspojówkowy wągra zwykle bywa pojedynczy *(solitär)*, tylko w jedynym przypadku Dra Kamockiego były dwa podspojówkowe pęcherze wągra, jeden przy drugim, w wewnętrznym kącie prawego oka, między rogówką i t. zw. łz. mięskiem«.

w Krakowie« 1898, str. 21). Czy były operowane — nie wiadomo mi[1]).

11. Trzeci przypadek ja operowałem w Lublinie, którego opis tu podaję w krótkości, dodając, że wszystkie trzy moje przypadki wągra podspojówkowego spostrzegałem u małych dziewcząt, z których dwie były starozakonnemi.

27 maja 1898 r. przyjechali do mnie z miasteczka Opole (gubernia lubelska) starozakonni Goldberg'owie, przywiózłszy do porady 9letnią, zdrową i dość przystojną córkę Surę, którą szpecił guzek, wyrastający na powierzchni lewej gałki ocznej. Po tygodniowem zapaleniu spojówki tego oka, bez żadnej zewnętrznej przyczyny, począł wyrastać na gałce dziewczynki guzek, który w ciągu miesiąca dorósł wielkości pestki daktylowej. Miał on postać poprzeczno-jajowatą, rozrastał się między mm. rectus internus i rectus superior, jednym końcem dosięgał prawie górno-nosowego brzegu rogówki, drugim dochodził do załamka półksiężycowego, który go nieco przykrywał. Guzek utrudniał ruchy górnej powieki, nie przeszkadzając zakryciu oka powiekami. Niebolesny, sprężysty, mało ruchomy, był silnie unaczynionym i miał wygląd podspojówkowego mięsaka o gładkiej powierzchni, lub też ropnia. Prawda, przypominał on mi podspojówkowego wągra, lecz o istocie utworu przekonałem się dopiero podczas operacyi, na którą zgodzili się rodzice pacyentki. Po znieczuleniu oka kokainą i odciągnieniu gałki na zewnątrz, rozciąłem spojówkę wzdłuż guzka, lecz przy oddzielaniu jej od przyrośniętej mocno torbieli, podczas obfitego krwawienia ta ostatnia została w jednem miejscu przeciętą i przez otwór pokazała się biała, przezroczysta, galaretowata masa, jaką zwykle bywa zawartość w torbielach wągra. Jakoż rzeczywiście po wyłuszczeniu tej ostatniej znalazłem w jej zawartości biały pęcherzyk

---

[1]) Były operowane: u mężczyzny przezemnie, u kobiety zaś przez I asystenta kliniki Dra Brudzewskiego. *W.*

wągra, wielkości niewielkiego grochu, z szyją i głową usianą wieńcem haczyków wokoło ryjka *(rostellum)* i charakteryzującą się sysawkami czyli banieczkami *(ventouses s. oscula)*. Pasożyta tego przedstawiałem wielu kolegom pod drobnowidem w szpitalu św. Wincentego. Ściany tej torbieli przedstawiały się dość zbite i grube przeszło $^1/_2$ mm. Ranę spojówki połączyłem dwoma szwami, które usunąłem po 4 dniach, a po tygodniu pacyentka wyjechała z Lublina z niewielkiem przekrwieniem nosowej strony gałki.

12. Wreszcie ostatni przypadek podspojówkowego wągra. W radomskim moim przypadku opisałem, że torbiel wągrowa była dość ruchomą i nieraz przez swawolę chorej wiązgła między powiekami. Pozostawiony sobie wągr albo obumiera w podspojówkowej torbieli, albo się wydziela przez ropienie (Sichel). Nie spostrzegano jednak dotąd, aby torbiel wągrowa zupełnie wypadała z oka przy tarciu go (porównaj spostrzeżenie Prawosuda). Przypadek taki w końcu zeszłego roku spostrzegał kol. Kamocki.

Przyprowadziła do niego matka 3letnią dziewczynkę, Polkę, z wielkim przestrachem, opowiadając, iż przed dwoma tygodniami odbywała połóg. Przed położeniem się do łóżka spostrzegła, że dziecko ma jakąś krostę na oku, lecz jej własny stan nie pozwolił jej tem bliżej się zajmować. Podniósłszy się z łóżka, dopiero zauważyła, że krosta zamieniła się w spory guzek, z którego, po przypadkowem potarciu oka ręką, wyszedł jakiś pęcherzyk. Przyniesiony *corpus delicti* okazał się świeżutkim wągrem; w dolnej zaś części gałki, tuż pod lewą rogówką znalazłem pękniętą, nacieczoną krwią spojówkę i świeże, nieco wygórowane gniazdo, dopieroco opuszczone przez wągra.

Z powyższych opisów widzimy, że wągr pod spojówką przeważnie spostrzegany bywa u kobiet (na 12 przypadków 10 razy), przytem zwykle u małoletnich dziewcząt, od 3—14 lat. Ulubionem miejscem jego usadowienia się jest dolny przej-

ściowy załamek spojówki, a także nosowa połowa gałki ocznej w stronie obfitującej w tkankę łączną okolicy mięska łzowego.

O moich dwóch przypadkach (Nra 1 i 5) i spostrzeżeniu kol. Kamockiego (Nr 6), nazwanego Konweki (!), a także o spostrzeżeniu kol. Przybylskiego (Nr 3) wspomina w bibliografii w powyżej cytowanej swej pracy Dr A. Kraemer. Inne, jako późniejsze, a także nieopisane, nie zostały uwzględnione przez szwajcarskiego uczonego.

Takim sposobem dotąd w Polsce spostrzegano 12 przypadków podspojówkowego wągra. W Rosyi zaś operowano go tylko 2 razy: Dr Blessig u 23letniej kobiety w Petersburgu (w r. 1890), a Dr Prawosud u 17letniego włościanina w Moskwie (w r. 1896) — u tego ostatniego wągr wyszedł przy lekkiem uciskaniu twardówkowego pęcherza. Trzeci przypadek podspojówkowego wągra spostrzegał u kobiety Dr Krajski w Bessarabii (r. 1899) — chora, nosząca prócz tego 20 guzków wągrowych na ciele, nie chciała się poddać operacyi lekarskiej, lecz udała się do znachorki, która przekłuła guzek oczny szydłem (!). Trzy te przypadki przypadają na 12 spostrzeganych w Polsce, t. j. u nas wągr pod spojówką zdarza się 4 razy częściej, aniżeli w guberniach cesarstwa rosyjskiego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## 2. O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

(Dokończenie.)

Ograniczam się na przytoczeniu powyższych przypadków, zaznaczyć atoli muszę, że już poprzednio przez cały szereg lat leczyłem ciężkie zapalenia noworodków i dzieci starszych, dotkniętych tak zwanem skrofulicznem, pryszczykowem zapaleniem rogówki, już to kąpielami sublimatowemi, już też piguł-

kami, względnie proszkami kalomelowymi, a zawsze z dobrym skutkiem tam, gdzie zwykły przeciw objawom skrofulicznym skierowany sposób leczenia mało okazywał się skutecznym. Wybrałem zaś jako okazowe przypadki właśnie powyżej opisane, w ogóle może mniej od wielu innych uporczywe i ciężkie, jako takie, na których pewne znamiona kiły nie są zatarte obrazem, zwykle za skrofuliczny uważanym.

Dla należytego ocenienia obrazu klinicznego, nie od rzeczy może będzie przypomnieć sobie przedewszystkiem wypryskowe zapalenia rogówki, z któremi postacie poprzednio przez nas przytoczone dużo mają podobieństwa.

Wypryskowe zapalenie rogówki odznacza się wystąpieniem szybko przemijającem nalotów ograniczonych, wyniosłych, szarych, które znikają, by ustąpić miejsca nowym na innem miejscu. Towarzyszy im zawsze wyprysk na twarzy, powiekach, za uszami i t. d.

Występuje w dwóch postaciach, tak samo jak zapalenie wypryskowe spojówki, t. j. 1. jako pojedyncze małe pęcherzyki pod błoną Bowman'a. Takowe często znikają bez śladu prawie, albo też pozostawiają po strąceniu powłoczki maleńki ubytek, który tylko w razie obecności stosownych drobnoustroi mogą w nieczysty zamienić się wrzodzik. 2. Drugą postać stanowią większe wykwity głębiej w rogówkę wnikające szaro-białe i szaro-żółte. I te mogą bez strącenia powłoczki zniknąć, ale po dłuższym czasie i z pozostawieniem plamki. Często zaś po strąceniu powłoki wrzód nacieczony wnika jeszcze w głąb. Od brzegu pod nabłonkiem rogówki przesuwają się naczynia i wrzód ów okalają albo pokrywają. Przebieg wolny, wyrównanie przez wytworzenie tkanki łącznej, pokrywającej ubytek aż do wyrównania się z powierzchnią rogówki albo też przypłaszczenie tejże.

W miejscu naczyń, które znikają, powstaje zmętnienie więcej powierzchowne, ale dość ścisłe.

Nierzadko większy naciek w rodzaju pęcherza impetigo wikła się z głębszem zajęciem rogówki i zapaleniem tęczówkowem.

Przychodzi do perforacyi z następstwami, których tutaj zaznaczać nie mam powodu.

Znane one są każdemu okuliście, na co jednakże w niniejszej pracy pragnę zwrócić uwagę, to na te, może nieco mało pochwytne, znamiona, jakie przy ścisłem badaniu niekiedy będziemy mogli zaznaczyć. Przyznaję, że one ogólnem cierpieniem, a więcej jeszcze szematyzmem, przyjętym z dawnej przeszłości, zacierają się, ale naszym obowiązkiem starać się je wyróżniać. by nie błądzić w terapii, a w każdym razie nie tracić czasu drogiego do stosownego leczenia.

Jak wyżej przytoczone przypadki wskazują, udało mi się już to od razu, już też w przebiegu choroby na podstawie dokładnego określenia cierpienia na oku samem naturę jego odgadnąć, a po zbadaniu całego ustroju takowe w harmonijną ująć całość ze zboczeniem ogólnem ustroju.

U dzieci 2—14letnich powstaje przy miernem przekrwieniu spojówki gałki, w pewnem oddaleniu od brzegu rogówkowego, plamka żółto-szara, dość ściśle ograniczona, wywołuje lekki światłowstręt, ścisk powiek i na tym stopniu pozostaje przez dłuższy czas. W innych razach atoli, mianowicie u dzieci ze znamionami skrofułów, o twarzy nalanej, wargach grubych, o powiększonych gruczołach karkowych i szyjnych, podrażnienie oka wzmaga się. Naczynia spojówki, najbliżej położone owej plamy rogówkowej, mogącej uchodzić za gumma rogówki, występują, gdyż są mocno nastrzyknięte, a w dalszym przebiegu widzimy, że do owej plamy rogówkowej dochodzą naczynia głębokie.

Jagodówka zazwyczaj wolną się okazuje, ale wzmaganie się owego lekko wyniosłego nacieczenia sprawia choremu dziecku ból, wywołując niepokój, u młodszych płacz i tarcie oczu, co stan zapalny zaostrza. Środki, zwykle ze skutkiem przeciw pryszczykowemu zapaleniu rogówki zastosowywane, okazują się mało skuteczne i cierpienie trwa miesiące, aż matka zniecierpliwiona opuszcza nas, by, nie osiągnąwszy i gdzieindziej usunięcia choroby, po niejakimś czasie do nas powrócić. Albo też zastosowanie ogólnych środków, zmierzających do przemiany

materyi, wzmocnienia organizmu, dalej i kalomel, codzień do oka zastosowywany, po długim czasie mogą wreszcie zapaleniu kres położyć.

Szczęśliwszym jest lekarz, a z nim otoczenie, gdy, znalazłszy inne objawy, przemawiające za lues hereditaria, jak zapadnięty grzbiet nosa, ozaena, ekthyma i t. d., w czas środki swoiste polecić widzi się zniewolonym. W takich to razach szybko stan zapalny rogówki ustępuje.

Objawy podmiotowe coraz więcej łagodnieją, a w końcu znikają zupełnie. Przekrwienie spojówki, a także rzęskowe, jeżeli było, zazwyczaj bowiem nie bardzo bywa wybitne, chyba, że mieliśmy powikłanie ze zajęciem jagodówki, staje się mało wyraźne, a ów nalot, najwięcej podpadający, staje się bladożółtym, a w końcu znika, pozostawiając plamę z czasem bez pomocniczych środków mało widoczną. Badając w tym okresie albo i później ściśle lupą, dostrzeżemy często głębiej leżące, aż do plamy owej lub nawet poza nią sięgające blade cienkie naczynia. W przeciwieństwie do pryszczyków skrofulicznych nalot ten żółto-szary prawie nigdy nie pęka, nie zamienia się w wrzód, nie daje więc powodu do rozpadu i późniejszej głębszej blizny, ale ulega powolnemu wessaniu. Typ taki mieliśmy w przypadkach 1 i 2, a prawdopodobnie i 3, lubo ostatni, niedostatecznie spostrzegany i stosownie nieleczony, niezupełnie nadaje się do stawienia prawidła.

Zachodzi pytanie: zaco uważać pod względem etyologiczno-anatomicznym owe zmiany syfilityczne w rogówce? — Okoliczności nie sprzyjały nam dotychczas do stawienia rozpoznania anatomicznego *post mortem*.

Najwięcej podobieństwa przedstawiają owe zmiany do gumma. Tak mało przywykliśmy przypuszczać, jak wyżej wykazaliśmy, zapalenia syfilityczne w rogówce, że gumma mogłoby uchodzić za coś wyszukanego. A jednak Denarie[1]) opisuje przypadek gumma, występującego u 31letniego chorego w postaci okrągłego brudno-szarego zmętnienia w dolnej części ro-

[1]) Sur un cas de keratite syphilitique. Lyon méd. Nr. 49. 1888.

gówki. Po śmierci, która w dwa tygodnie później nastąpiła, wykazała sekcya liczne gummata w mózgu, a w owem zaćmieniu rogówkowem stwierdzono wystającą do przedniej komórki wyniosłość, składającą się z nagromadzonych leukocytów. Przy sposobności tej publikacyi zestawia Denarie sześć przypadków z literatury, które przedstawiały się w postaci gumma.

Czy u dzieci, a zatem w następstwie syfilisu odziedziczonego, mogą gummata pojawiać się? Zdaniem mojem: niewątpliwie, a na potwierdzenie tego przypominam spostrzegany przezemnie przypadek gummatu tęczówkowego [1]) u dziecka, u którego później występująca keratitis parenchymatosa rozpoznanie poprzedniej choroby pod względem etyologicznym poniekąd potwierdziła.

Zresztą, że zapalenie syfilityczne rogówki nie zawsze w postaci typowego zapalenia miąższowego występuje, za tem przemawiają przypadki Hock'a [2]), który, idąc za przykładem Mauthner'a, przyjmuje swoiste zapalenie rogówki punkcikowe keratitis punctata interstitialis specifica, tłomacząc powstanie jej przez nagromadzenie się kilakowe komórek w miąższu rogówkowym *(gummose Zellenanhäufungen in der Substantia propria der Hornhaut)*.

Nie wchodzę w to, o ile spostrzeżenia tak Mauthner'a jak i Hock'a są oparte na ścisłem badaniu, czy może to, co zowiemy keratitis punctata posterior, będąca często współobjawem zapalenia miąższowego rogówki, nie jest identycznem z tamtą nazwą. Nie mamy bowiem oryginalnej pracy pod ręką, lecz tylko powołanie się na nią w dziele Lang'a [3]).

Nie zawsze atoli według mego doświadczenia zapalenie rogówki syfilityczne występuje w tej postaci, którą nazwałbym keratitis gummosa sive nodosa syphilitica, gdyż tu nie plama, nie punkcik, ale wyniosłość powstaje. — Wśród objawów zwykłego zapalenia skrofulicznego albo też później występuje zmę-

---

[1]) O kilakach tęczówki u noworodków. Nowiny Lek. 1893, p. 545.

[2]) Die syphilitischen Augenkrankheiten. Wiener Klinik 1876.

[3]) Pathologie u. Therapie d. Syphilis, p. 427.

tnienie rogówki, więcej rozlane, ale tylko przybrzeżne. Zazwyczaj zmętnienie zakryte bywa występującymi pryszczykami albo też naciekami lub plamami, po nich pozostającemi. Nierzadko atoli uda nam się stwierdzić, zwłaszcza później, zmętnienie rozlane pewnej przybrzeżnej części rogówki. Zmętnionym nad tą częścią jest nabłonek jakby nakłóty, a gdy sprawa zapalna zniknie, występują widoczniej naczynia miotełkowato rozprzestrzeniające się przez miejsce owo, zapaleniem zajęte. Typowy taki przykład przedstawia nam się w przypadku trzecim. Ten typ może rzadszy, może też mniej dla naszych spostrzeżeń dostępny, nazwałbym ograniczonem zapaleniem miąższowem przybrzeżnem *(keratitis parenchymatosa partialis marginalis syphilitica)*.

Skeptyk mógłby nie bez słuszności zauważyć, że w przypadkach przeze mnie przytoczonych nie ma dostatecznego na to dowodu, iż zajęcia rogówkowe rzeczywiście na kile odziedziczonej polegają, gdy często brak danych, już to przez wywiady, już też z wystąpienia objawów, które za luetyczne uchodzą, osiągniętych.

Wszakże i ta przez Hutchinson'a jako prawie wyłącznie do kiły odziedziczonej odnoszona postać miąższowego rozlanego zapalenia rogówki *(keratitis int. diffusa)* bardzo często wcale inną ma podstawę, a doświadczony syfilidolog Lang powiada w swem dziele [1]): »Sonst sind an der Hornhaut nur von der Nachbarschaft herüberwachsende Gummata und auch diese nur selten beobachtet worden«.

Dalej podpada w przypadkach przytoczonych, ale i innych, że dzieci wyraźniejsze mają objawy rachityzmu, aniżeli właściwej kiły. Atoli nie trzeba zapominać, że niejednokrotnie dyskrazye rozmaite mogą czynić obraz niewyraźnym, a dalej przypuszcza Parrot [2]) dla rachitis tylko jedną przyczynę, t. j. wrodzoną kiłę, która wyczerpuje się wywołaniem rachitis. —

[1]) Vorlesung uber Pathologie u. Therapie der Syphilis. Wiesbaden. 1886, p. 426.

[2]) Hered. Syphilis and rachit. The Philad med. and surg. Report. Vol. XLV. Nr 9.

Według zaś Davida B. Lees'a i Thomasa Barlow'a[1]) skłonne są dzieci syfilityczne do rachitis, a kiła ma stanowić najczęstszy powód kraniotabes. Odpowiada to najzupełniej naszemu doświadczeniu, dlatego brak objawów kiły wrodzonej przez Hutchinson'a wyszczególnionych nie zawsze jest dowodem niekiłowego pochodzenia cierpienia rogówkowego.

Nie będę tutaj mówił o postaci rozpadowej kiłowego zapalenia *(keratomalacia)*, o którem obszerniej już rozwodziłem się w Nrze 1 »Postępu Okulistycznego« z r. 1899. Kiłowe zapalenia rogówki, jak wyżej zauważyłem, nie okazują skłonności do rozpadu, przypuszczać więc trzeba, że keratomalacya wogóle powstaje przy ogólnem osłabieniu dziecka przez działanie drobnoustroi, znajdujących się w spojówce. —

Rokowanie przy zajęciach rogówkowych w rodzaju powyżej przeze mnie opisanych jest niezłe, jeżeli, jak się rzekło, jesteśmy w możności wyśledzić od razu związek choroby rogówkowej z ogólnem cierpieniem. Jednak dzieci takie są wątłe i skłonne do rozmaitych przypadłości, a przedewszystkiem do nawrotów. Dlatego po ścisłem stawieniu rozpoznania leczenie powinno być przeprowadzone z całą stanowczością, a także po ustąpieniu objawów zapalnych powinniśmy skierować uwagę rodziców na hygieniczne wychowanie dziecka. Regularne kąpiele mydlane, wycierania zimną wodą przez cały rok, ćwiczenia fizyczne, dobre odżywianie, mleczna kuracya, względnie u dzieci wątłych rybi tran. W czasie wystąpienia zaś zapalnych objawów ocznych od razu stosowanie środków rtęciowych według zasad powyżej wyłuszczonych.

---

Streszczając pokrótce wynik moich doświadczeń i dochodzeń, zaznaczam, co następuje:

1. Oprócz zapalenia znanego pod nazwą rozlanego zapalenia miąższowego i oprócz kerato-

---

[1]) Med. Times and gaz. Nov. 27. 1880.

malacyi u noworodków obciążonych kiłą dziedziczną, może rógówka na podstawie kiły u dzieci podlegać jeszcze innym chorobowym zmianom. Są niemi:

a. Naloty żółto-szare, występujące już to pojedynczo, już to po kilka. Naloty te znikają zazwyczaj po dłuższym czasie, pozostawiając tylko słabsze zmętnienia głębokie lub powierzchowne, stosownie do położenia więcej głębokiego lub powierzchownego. Przy głębszych widujemy naczynia miotełkowate jak przy miąższowem zapaleniu, ale tylko ograniczone do owego nalotu.

b. Ograniczone zapalenia miąższowe, kończące się słabem tylko zmętnieniem. I tu naczynia głębokie przez dłuższy czas przetrwać mogą.

2. Obie postacie: keratitis nodosa syphilitica, jako też parenchymatosa marginalis partialis, są często niewyraźne, gdyż zakryte przez zapalenia rogówki skrofuliczne, albo od razu występują ściśle, ale wobec wielkiego podobieństwa do keratitis phlyctaenulosa z jednej strony, do keratitis vasculosa z drugiej strony, bywają zapoznawane i z małym skutkiem przez miesiące i lata leczone, gdy środki swoiste w krótkim czasie cierpieniu kres położyć mogą.

3. Rozpoznanie ułatwia nam z jednej strony dokładne zbadanie ogólnego stanu w połączeniu z anamnezą, z drugiej strony ścisłe badanie klinicznego obrazu:

Przy keratitis nodosa syphilitica zmętnienie wystaje nieco więcej nad powierzchnię, ma wygląd więcej żółty, aniżeli szary, pozbawione jest powierzchownych naczyń, ale do nalotu często głębokie miotełkowate dochodzą naczynia, nie ma skłonności do rozpadu; keratitis phlyctaenulosa przedstawia więcej szary nalot, otoczony

często naczyniami powierzchownemi, ma skłonność do rozpadu i wytwarzania wrzodów, więcej sprawia dolegliwości i częściej połączona z podrażnieniem całego oka.

## II. STRESZCZENIA.

*O objawach, występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.* Prof. Dr. J. Prus we Lwowie. (Przegląd Lekarski. Nra: 39—42. R. 1899).

*O związku, zachodzącym pomiędzy wzgórkami czworaczymi przednimi a ruchami gałek ocznych.* (Die Beziehungen der vorderen Vierhügel zu den Augenbewegungen). Dr St. Bernheimer, docent pryw. i okulista w Wiedniu. (Wiener klinische Wochenschrift. 1899. Nr 52).

*Uwagi do rozprawy docenta Dra Bernheimera: o związku, zachodzącym pomiędzy wzgórkami czworaczymi przednimi a ruchami gałek ocznych.* (Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Docenten Dr Bernheimer: Die Beziehungen der vorderen Vierhügel zu den Augenbewegungen). Prof. Dr J. Prus we Lwowie. (Wiener klinische Wochenschrift. 1899. Nr 52).

Prof. Prus wykonywał doświadczenia na psach, nie usypiając zwierząt. Posługiwał się niemal wyłącznie bodźcami elektrycznymi (prądem przerywanym), zwracając uwagę nie tylko na objawy ruchowe, lecz także na parcie krwi, oddychanie, czynność serca, czynności wydzielnicze oraz afekta. U wstępu podaje Prus trzy metody odsłaniania wzgórków czworaczych, zależnie od tego, czy chodziło mu o równoczesne wyłuszczenie półkul mózgowych, a względnie móżdżku, czy też przeciwnie zależało mu na tem, aby odsłonięcia wzgórków czworaczych dokonać bez znaczniejszego naruszenia układu nerwowego.

Omówiwszy dotyczącą literaturę, przystępuje Prus do skreślenia wyników badań własnych. W niniejszem streszczeniu uwzględniono tylko wyniki badań, odnoszące się do narządu wzrokowego.

Wśród elektrycznego podrażnienia przedniego wzgórka czworaczego u psa zauważył Prus między innymi objawami także ruchy gałek ocznych i źrenic.

Kierunek ruchu gałek ocznych zależy ściśle od miejsca podrażnienia wzgórka czworaczego. Wśród drażnienia przedniej części

wzgórka oko przeciwległe porusza się ku dołowi i w stronę drażnienia, gdy tymczasem oko po stronie drażnienia nie porusza się wcale. W czasie drażnienia przyśrodkowej części wzgórka oko przeciwległe zwraca się ku górze i w stronę drażnienia, podczas gdy oko po stronie drażnienia jest nieruchome. Pod wpływem drażnienia bocznej części wzgórka poruszają się oba oczy w linii poziomej w stronę przeciwległą. Również tak samo w stronę przeciwległą poruszają się obie gałki oczne wśród drażnienia tylnej części wzgórka czworaczego przedniego. Gdy drażnimy środkową część wzgórka czworaczego, pojawia się najczęściej drżenie gałek ocznych *(nystagmus)*. Czasem występuje ten objaw dopiero w chwili odjęcia elektrod. Wytrzeszczenie gałek ocznych zdarza się najczęściej wśród drażnienia tylnej lub bocznej części wzgórka czworaczego przedniego.

Ruchy źrenic zależą głównie od miejsca podrażnienia wzgórka czworaczego. Jeżeli drażnimy część środkową, przyśrodkową lub przednią, zwężają się źrenice, natomiast jeżeli drażnimy część tylną lub boczną wzgórka czworaczego, źrenice się rozszerzają.

Zdaniem Prusa opisane ruchy gałek ocznych i źrenic są wynikiem podrażnienia komórek względnie włókien ruchowych, znajdujących się we wzgórku czworaczym przednim.

Wśród elektrycznego podrażnienia tylnego wzgórka czworaczego u psa, zauważył Prus między innymi objawami także zwrócenie gałek ocznych w stronę przeciwległą, drżenie gałek ocznych, rozszerzenie źrenic i wytrzeszczenie gałek ocznych.

Co się tyczy ruchów gałek ocznych, to drażnienie wzgórka czworaczego tylnego sprowadza zawsze, bez względu na miejsce przyłożenia elektrod, zwrócenie gałek ocznych w stronę przeciwległą, oraz wytrzeszczenie i lekkie drżenie gałek.

Podobnie rzecz się ma z objawem, dotyczącym źrenic. Wśród drażnienia jakiejkolwiekbądź części wzgórka czworaczego tylnego rozszerza się zawsze źrenica oka przeciwległego, i to najczęściej *ad maximum*, później zaś rozszerza się także źrenica oka po stronie drażnienia.

Według Prusa objawy te są następstwem podrażnienia komórek lub dróg ruchowych, znajdujących się bądź to we wzgórku czworaczym tylnym, bądź też w najbliższem jego sąsiedztwie.

Z powyższych objawów wysnuwa Prus następujące wnioski:

Zwrócenie gałek ocznych w przeciwległą stronę, wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego, wskazuje na obecność ośrodka dla tego rodzaju ruchów, skojarzonych w wzgórku czworaczyin tylnym.

Rozszerzenie źrenic, pojawiające się stale wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego, wytłomaczyć można podrażnieniem

włókien nerwowych, rozszerzających źrenicę, albo też przypuszczeniem, że we wzgórku tym znajduje się ośrodekd la mięśni rozszerzających źrenicę.

Jakkolwiek wytrzeszczenie gałek ocznych występuje czasem odruchowo, jako skutek podrażnienia nerwów czulnych, to jednak z uwagi, że objaw ten występuje wśród drażnienia znieczulonego wzgórka czworaczego tylnego, należy przypuścić, że we wzgórku tym istnieje także ośrodek ruchowy, którego podrażnienie sprowadza wytrzeszczenie gałek ocznych. —

Bernheimer na podstawie swoich dawniejszych doświadczeń, dokonanych na małpach, przyszedł do następujących wyników:

Wzgórki czworacze przednie nie są ani ośrodkiem odruchowym dla ruchów gałek ocznych, ani też nie przechodzą przez takowe neurony do kory mózgowej. Wszystkie neurony, łączące jądra mięśni ocznych z korą gyrus angularis, przebiegają skrzyżowane. Skrzyżowanie to musi mieć miejsce w linii środkowej, jednakowoż poniżej poziomu aquaeductus Sylvii, gdyż po wycięciu wzgórków czworaczych przednich można przez drażnienie gyrus angularis równie dobrze wywołać skojarzone ruchy gałek ocznych, a małpy ze zniszczonymi wzgórkami czworaczymi przednimi wykonują trwale i dowolnie skojarzone ruchy gałek ocznych.

Na podstawie opisanych wyników swoich badań, poczuwa się Bernheimer do obowiązku uczynienia Prusowi następujących zarzutów:

Rzekome twierdzenie Prusa, jakoby we wzgórku czworaczym przednim miał się znajdować ośrodek dla skojarzonych ruchów gałek ocznych, nazywa Bernheimer błędnem. Zarzut ten, zdaniem Prusa, upada sam przez się, jeżeli zważymy, że w całej pracy Prusa nie ma mowy o istnieniu ośrodka takiego we wzgórku czworaczym przednim, gdyż ośrodek ten, według Prusa, ma się znajdować we wzgórku czworaczym tylnym. Dowodzi to tylko, że Bernheimer przystąpił do krytyki pracy Prusa, nie przeczytawszy jej nawet uważnie.

Dalszy zarzut Bernheimer'a, jakoby Prus w badaniach swych nie uwzględnił pracy Bernheimer'a i Topolańskiego, odpiera Prus tem, że nie robił on badań nad skutkami zniszczenia (Bernheimer i Topolański), lecz drażnienia wzgórków czworaczych, nie był więc obowiązany uwzględniać bogatej literatury, nie będącej w ścisłym związku z jego pracą.

W końcu odpiera Prus zarzut, czyniony mu przez Bernheimer'a z powodu, że doświadczenia swe przeprowadzał na zwierzętach nieuśpionych, okolicznością, że przy tego rodzaju doświad-

czeniach uważa zachowanie nieupośledzonej wrażliwości ośrodków nerwowych za *conditio sine qua non*. *Dr W. Schayer.*

*Niezborność promieni, wpadających skośnie do oka.* (Astigmatisme des rayons pénétrant obliquement dans l'oeil. Application de la sciaskopie). Druault (Archiv. d'Ophthalmologie. Nr 1. 1900).

Wiązka promieni świetlnych, padających skośnie na soczewkę o znaczniejszej sile łamiącej, okazuje po załamaniu wybitny astygmatyzm (t. zw. *par incidence)*, a ogniska są tem więcej od siebie oddalone (astygmatyzm jest tem silniejszy), im skośniej do osi optycznej soczewki padają promienie. Ponieważ i oko jest narzędziem optycznem o wielkiej sile łamiącej, a przy wykonywaniu pomiarów refrakcyi promienie światła, rzucone do oka, nie padają wzdłuż osi optycznej, ale nieco skośnie, gdyż badany z różnych względów, dla badającego wygodnych, nie patrzy wprost do lusterka, ale nieco w bok, przeto chodziło D. o to, by oznaczyć, przy jakiem ustawieniu gałki można bez popełnienia omyłki oznaczać refrakcyę za pomocą skiaskopii.

Robiąc doświadczenia *in vivo* i oprócz tego obliczając teoretycznie astygmatyzm przy nachyleniu $10^0$—$50^0$, oraz biorąc do pomocy zniekształtnienie obrazka siatkówkowego przy skośnem padaniu promieni, przychodzi D. do wniosku, że najmniejszą omyłkę popełnia się wtedy, gdy badany części siatkówki, między plamką żółtą a tarczą położone, ku lusterku badającego nastawia. Dalej, że astygmatyzm *(par incidence)* jest mniejszy od strony skroniowej, niż od nosa (kąt $\alpha$) i że astygmatyzm oznaczany doświadczalnie jest niższy, niż otrzymany za pomocą obliczeń (w szczegóły tej pracy ciekawej trudno się zapuszczać, gdyż do szczegółowego wyjaśnienia jej nie można się obyć bez rysunków). *Brudzewski.*

*Przybrzeżne symetryczne zwyrodnienie obu rogówek z niezbornością następczą regularną i wyleczenie za pomocą przypalenia.* (Dystrophie marginale symétrique des deux cornées avec astigmatisme régulier consecutif et guérison par la cautérisation ignée). Terrien. (Archiv. d'Ophthalmologie. Nr 1. 1900).

T. opisuje przypadek rzadki symetrycznej degeneracyi rogówki, przypominającej gerontoxon — połączonej z utratą czucia w miejscu zmienionem *(trophoneurosa)* u człowieka 45letniego, które to zwyrodnienie wywołało powstanie astygmatyzmu regularnego, do 11 D dochodzącego. Podając szczegółowy opis tego cierpienia oraz dość dobre rysunki, zaznacza T., że wskutek przypalania termokauterem zmienionych miejsc rogówki otrzymał znakomitą poprawę bystrości wzroku i zmniejszenie się niezborności oka. Na podstawie rozpoznania różniczkowego przychodzi T. do przekonania, że przypadek

przezeń opisany jest cierpieniem dotąd nieznanem; mimo podobieństwa do podwójnego gerontoxon, nim nie jest, gdyż tenże nie wywołuje zmian refrakcyi rogówkowej. Chory zresztą nie okazywał żadnego cierpienia ogólnego, do któregoby zmiany rogówkowe odnieść było można. *Brudzewski.*

*Nowy model wziernika.* (Note sur un nouveau modèle d'ophthalmoscope). Terrien.

T. podaje nowy oftalmoskop refrakcyjny, który niczem zasadniczo od innych nie różni się. Jest tylko mały, a przez to wygodny bardzo.

(Ref. zna ten model; wykonanie jego przez firmę Choquart jest bardzo ładne, tak jak to zwykle bywają instrumenta francuskie, innej wybitnej wyższości nad dawnymi modelami nie posiada).

*Brudzewski.*

*Irydektomia przy jaskrze prostej. Jej odległe następstwa.* (De l'iridectomie dans le glaucome chronique simple. Quelques résultats éloignés). Truc et Cauvin. (Archiv. d'Ophthalmologie. 1900. Nr 1).

T. i C. uważają tylko irydektomię i sklerotomię *(anterior)* za operacye przeciwjaskrowe; z tych zaś sklerotomię li tylko za operacyę przygotowawczą; bo wprawdzie skutek po tej operacyi jest natychmiastowy, ale nietrwały, podczas gdy irydektomia wykonana daje trwałe dobre wyniki. Przyczem robią cięcie do irydektomii nożem Graefe'go i baczą na bardzo dokładną repozycyę tęczówki. Robić ją należy, gdy bystrość wzroku jest jeszcze dobra; a jeżeli liczni pisarze nie widzą po irydektomii dobrych wyników, to dlatego, że ją wykonują za późno, t. j., gdy nerw już zanika i pole widzenia znacznie ścieśnione. Jeśli napięcie oka jest niezmienione, to irydektomia niewielki skutek wywiera, przeciwnie, działa zbawiennie, gdy napięcie jest zwiększone. Operacya daje dobre rokowanie, gdy miotica *(ezeryna — pilokarpina)* poprawiają bystrość i odwrotnie. — Należy się najpierw o tem przekonać i po 2—3 dniach tej próby operować wtedy, gdy po środkach powyższych osiągnięto najlepszą bystrość wzroku. Irydektomia dobrze wykonana daje nietylko trwałą poprawę, ale nawet wpływa dodatnio na stan oka drugiego, a poniekąd jest zaporą, by stan jaskrowy na drugiem oku nie wystąpił. T. i C. uważali nawet, że po operacyi oka jednego zwiastuny jaskry na oku drugiem ustępowały. Na dowód powyższych twierdzeń przytaczają 14 krótkich opisów przypadków z spostrzeganiem kilkoletniem dobrych wyników. *Brudzewski.*

*Zmiany anatomopatologiczne w mózgu w przypadku nabytej ślepoty barwnej.* (Les lésions cérébrales dans un cas de cécité acquise complète pour les couleurs). G. Mackay i J. Dunlop. — Scottish Med. and Surg. Journ, grudzień 1899. — (Według Semaine Médicale). —

Jest to jedyny przypadek nabytej zupełnej ślepoty barwnej, w którym przyszło do oględzin pośmiertnych mózgowia. Autorowie znaleźli w literaturze jednę tylko podobną pracę (Verrey), odnoszącą się jednak do połowiczej prawostronnej ślepoty barwnej. W przypadku Verrey'a znaleziono ognisko krwotoczne ponad tylnym rogiem lewej bocznej komory mózgu tak, że *gyrus liguaeformis* i *gyrus fusiformis* były zupełnie zniszczone. Spostrzeżenie Drów Mackay'a i Dunlop'a odnosi się do 62letniego starca, u którego wkrótce po stwierdzeniu klinicznych objawów raka żołądkowego wystąpiła zupełna ślepota barwna. W pięć miesięcy po pojawieniu się pierwszych zaburzeń wzrokowych przyszło nagle do porażenia połowiczego prawostronnego, a w kilka dni później chory zmarł. Sekcya potwierdziła rozpoznanie raka żołądka. W mózgu nie znaleziono nic, coby mogło wytłomaczyć porażenie połowicze. Natomiast w korze obydwu płatów potylicznych wykryto zupełnie symetrycznie rozłożone ogniska zanikowe, obejmujące obydwa *gyri fusiformes.* Badanie drobnowidowe wykazało jako przyczynę ogniskowego zaniku zwyrodnienie szkliste ścian naczyniowych. Na podstawie tych zmian anatomicznych wnoszą autorowie, że, jeżeli wogóle istnieje osobny ośrodek dla poczucia barw, to nie może on być umiejscowiony gdzieindziej, jak tylko w *gyrus fusiformis.* —

*Dr. K. W. Majewski.*

*1. Przypadek jednostronnego centralnego zapalenia siatkówki wskutek olśnienia światłem łukowem elektrycznem z następową nerwicą urazową.* Prof. W. Uhthoff. (Zeitschrift f. Augenheilkunde. T. II. Z. 4).

Monter, 33 l., naprawiając przed dwoma miesiącami lampę łukową, doznał olśnienia przez 20 sekund na lewem oku, wskutek nagłego zamknięcia prądu. Natychmiast spostrzegł czarną plamę przed lewem okiem i doznał zawrotu głowy. Plama w ciągu dwóch miesięcy przechodziła różne barwy obecnie jest blado-żółta. V. l. o. $^5/_{15}$. Scotoma centrale relativum $10^0$ dokoła punktu środkowego. Metamorphopsia. Tarcza prawidłowa. W okolicy plamki żółtej liczne, rozsiane, drobne, szaro-żółtawe ogniska, które w dalszym przebiegu jeszcze wyraźniej występują. Granica pobudliwości świetlnej *(Reizschwelle)* na przestrzeni plamy prawie równa prawidłowej, granica zaś rozróżnienia *(Unterschiedsschwelle)* silnie upośledzona. W obrębie plamy nie odróżnia dwóch włóczek tej samej barwy a różnej jasno-

ści, widzi wszystkie barwy w odcieniu jaśniejszym, niż odpowiednią częścią oka zdrowego. Po dłuższym czasie znowu badany przedstawiał te same zmiany oka lewego, jednak skargi podmiotowe chorego wzmogły się znacznie. Owa plama, obecnie brunatna, bardzo mu w pracy przeszkadza, a nie mogąc od tego myśli oderwać, stał się w wysokim stopniu nerwowym i niezdolnym do żadnej pracy. Dziedzicznie nieobciążony nerwowo. Neurolog z objawów w całym ustroju rozpoznaje hysteryę, powstałą wskutek urazu oka. Rokowanie w tym przypadku jest wątpliwe.

2. *Przypadek sztucznego przerwania ciąży w retinitis albuminurica*. Dr Otto Mayer. (Tamże).

U chorej na chroniczne zapalenie nerek wystąpiła już w czwartym miesiącu ciąży neurotinitis albuminurica w obu oczach. V. pr. o. $= {}^1/_{10}$, l. o. $= {}^1/_{30}$. Po trzydniowem spostrzeganiu, gdy ogólny stan i stan oczu ciągle pogarszał się, przystąpiono do sztucznego przerwania ciąży. W 5 dni później chora mogła rozróżnić tylko ruchy ręki niewyraźnie, chociaż zapalne zmiany w siatkówce zmierzały wyraźnie do poprawy. Zato wystąpiły teraz zmiany w naczyniach w postaci wyraźnych białych pochewek około naczyń, czego przedtem nie było, mimo kilkakrotnego badania. Przerwanie ciąży było wskazane w tym przypadku, nie zdołano pomimo tego wzroku uratować, co autor przypisuje zmianom zapalnym w naczyniach siatkówkowych, wskutek czego światło naczyń zostało zatkane. —

3. *Przyczynek do zaburzeń krążenia w siatkówce*. Dr Seydel. (Tamże).

*a)*. Kucharka, l. 31, nagle dostała gęstą zasłonę na prawem oku. Kiły nie przechodziła. Zmiany na dnie oka polegają na miażdżycy naczyń, głównie żył siatkówkowych, wskutek czego przychodziło do częstych krwotoków siatkówkowych. Ostatni napad był właśnie spowodowany takim świeżym krwotokiem; niektóre gałązki żylne są zupełnie zamknięte i tworzą białe taśmy, w innych miejscach widać nowo utworzone anastomozy żylne w postaci rozgałęzień pęczkowatych i wrzecionowatych. Zmiany w tętnicach siatkówkowych ograniczają się tylko do dwóch gałązek, idących do plamki żółtej, które są otoczone białemi pochewkami. W innych narządach, głównie w sercu i naczyniach, zmian nie ma żadnych. — Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż sprawa miażdżycowa ogranicza się wyłącznie do naczyń siatkówkowych i to głównie do żył, a powtóre dlatego, że w tak wczesnym wieku powstała. — Rokowanie jest nader wątpliwem, sprawa będzie prawdopodobnie dalej postępowała. Leczenie okazało się bezskutecznem. —

*b).* W drugim przypadku panna, l. 27, która wypiła roztworu fosforowego w celu samobójczym, zauważyła po niejakim czasie nagle mgłę przed lewem okiem. Obraz wziernikowy przedstawiał typowe świeże zaczopowanie jednej gałązki makularnej. Materyał do zaczopowania powstał wskutek zwyrodnienia ściany naczynia tłuszczowego w ostrem zatruciu fosforowem, albo na miejscu, albo został tu przyniesiony prądem krwi z tętnicy środkowej siatkówki.

*Dr Kreutz.*

*O powierzchownem kratkowatem zaćmieniu rogówki.* Prof. E. Dimmer z Insbruku. (Zeitschrift f. Augenheilk. T. II. Z. 4).

W trzech przypadkach u dwóch braci i siostry widział autor niezwykłą zmianę w rogówce, którą powyższą nazwą mianuje. Zmiany te opisuje zupełnie podobnie jak Haab w swoich siedmiu przypadkach gittrige Keratitis. Chorzy byli wszyscy w średnim wieku. Osłabienie wzroku zaczynało się u nich między 20 a 30 rokiem życia. Cierpienia ogólnego nie można było żadnego stwierdzić. Wyniki leczenia były, podobnie jak u Haab'a, niepomyślne — chorzy tracili wzrok coraz bardziej. Również sądzi autor, że zmiany te należy uważać za sprawę zwyrodnienia w rogówce, która dawniej przechodziła częste zapalenia. Jakiego rodzaju zapalenie to było, trudno określić, przypuszcza jednak, że częste zapalenia w przednich częściach spojówki i warstwy nadtwardówkowej sprowadziło zmiany w naczyniach okołorogówkowych, a wskutek działania szkodliwych wpływów zewnętrznych lub parowania nastąpiło zaburzenie w odżywieniu powierzchownych warstw rogówki i stąd zwyrodnienie. Badań mikroskopowych nie robił jeszcze, ale przypuszcza, że zaćmienia te leżą w błonie Bowman'a i w powierzchownych warstwach rogówki i że mogły także powstać wskutek pozałamywania się tych warstw, a załamki dopiero następnie się zaćmiły. Owe zaś kropkowate zaćmienia mają swe siedlisko w przybłonku, a badane drobnowidowo po abrasio corneae, przedstawiają się jako istota, podobna do istoty szklistej *(Hyalin).* *Dr Kreutz.*

*Kratkowate zapalenie rogówki.* (Die gittrige Keratitis). O. Haab z Zurychu. (Zeitschrift f. Augenheikunde. T. II. Z. 3).

W roku 1890 wyszła z kliniki autora praca Biber'a o niezwykłej postaci zapalenia rogówki. Od owego czasu spostrzegał autor 7 takich przypadków. Choroba ta zajmuje zawsze oba oczy, zazwyczaj w średnim wieku bez różnicy płci i zjawia się wielokrotnie w tej samej rodzinie. W okresie początkowym można odkryć tę chorobę tylko za pomocą bocznego oświetlenia, później widać jednostajne zaćmienie w powierzchownej warstwie rogówki. Część przybrzeżna rogówki pozostaje zawsze wolną — a nowo wytworzonych

naczyń krwionośnych wcale nie ma. Objawy zapalne są tylko nieznaczne, a polegają na lekkiem zaczerwienieniu oka i nieco wzmożonej wrażliwości; światłowstręt i łzawienie czasem tylko występują. Ucisk śródoczny i czucie rogówki są prawidłowe. Pod lupą przedstawia się zaćmienie w postaci kratki, utworzonej z drobnych linijek, leżących w przednich warstwach rogówki; linijkom tym odpowiadają na powierzchni rogówki lekkie listwowate wyniosłości. — Oprócz tego są jeszcze mniejsze lub większe zaćmienia w postaci kropek, którym na powierzchni rogówki również odpowiadają wyniosłości. Przy bocznem oświetleniu są te zaćmienia niebieskawoszare, przy prześwietlaniu czarne; przy pewnem jednak oświetleniu są przezroczyste, a wydają się tylko szare wskutek nieregularnego załamania światła. Sprawa chorobowa z wolna szerzy się w powierzchni i w głąb rogówki, tworząc coraz gęstszą kratkę. Warstwa przybłonkowa rogówki coraz więcej chropowacieje i zaćmiewa się. Tak z wolna postępując, sprowadza po wielu latach bardzo znaczne upośledzenie wzroku. — Przyczyna tej choroby nieznana, rokowanie bardzo wątpliwe. Autor używał i zaleca maść żółtą w okresach wolnych od zadrażnienia, zaś atropinową w okresach zadrażnienia.

Badań drobnowidowych autor nie miał sposobności robić; przypuszcza, że sprawa ma swoje siedlisko w błonie Bowman'a i w najgłębszych warstwach przybłonka rogówki, i że właściwie nie jest to sprawa zapalna, ale raczej rodzaj zwyrodnienia szklistego.

*Dr Kreutz.*

*Hysterya w następstwie nieznacznych urazów ocznych.* (Hysterotraumatismes oculaires). Dr G. Borel z Neuchâtel. (Annales d'oculistique, 1900, I).

W obszernej tej monografii zapoznaje nas autor ze szczególnym związkiem przyczynowym, jaki zachodzi niejednokrotnie pomiędzy małoznacznymi obrażeniami oka a bardzo ciężkiemi postaciami hysteryi. Spostrzeżenia, na których opiera swe wywody, poczynił Dr Borel na licznych ofiarach dwóch katastrof kolejowych, zaszłych w Szwajcaryi w r. 1891. (Zderzenie się pociągów pod Zollikofen i załamanie się mostu pod przejeżdżającym pociągiem koło Mönchenstein). Prócz tego przytacza autor bardzo szczegółowo historyę choroby pewnego młodego zegarmistrza, który, nie będąc dziedzicznie wcale obciążony i ciesząc się wybornem zdrowiem przy atletycznej budowie ciała, — w krótki czas po nieznacznem zranieniu rogówki małym odpryskiem stali — popadł w ciężką hysteryę i na przeciąg całego szeregu miesięcy stał się zupełnie niezdolnym do pracy. Nie podobna w krótkiem streszczeniu przytoczyć nieskończenie długiego szeregu przeróżnych czynnościowych zaburzeń, jakie u tego chorego po kolei występywały. Dotyczyły

one zrazu tylko skaleczonego oka, wnet jednak objęły cały ustrój, a nawet spowodowały zupełną zmianę usposobienia.

Rozliczne objawy, jakie w przypadkach swych spostrzegał, omawia autor drobiazgowo. Szczególny nacisk kładzie on na następujące zaburzenia hysteryczne, występujące po drobnych urazach ocznych: 1) Osłabienie popędu płciowego, ustanie wydzielania nasienia, względnie zatrzymanie menstruacyi. 2) Łzawienie hysteryczne, przyczem autor przestrzega przed stosowaniem jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych, uważając je w hysteryi za szkodliwe i przeciwwskazane. 3) Sinica połączona z obrzękiem *(oedème bleu)*. 4) Połowicze pocenie się i to połowy całego ciała lub tylko połowy twarzy. 5) Krwawy pot i krwawe łzy. 6) Zbiór objawów, przypominający do złudzenia zapalenie opon mózgowych, gdzie w obrazie klinicznym nie brak nawet czasem gorączki. Nakoniec 7) pozorne zapalenie nerwu wzrokowego, właściwie przekrwienie tarczy, będące wyrazem i miejscowym objawem tak zwanej diathesis vasomotoria hysterica.

Ze względu na takie nieprzewidziane i nieobliczalne następstwa nieznacznych nawet obrażeń oka zaleca autor wielką ostrożność w rokowaniu w podobnych razach — zwłaszcza, gdy chodzi o określenie wysokości odszkodowania w przypadkach nieszczęść kolejowych. *Dr K. W. Majewski.*

*Szczególny przypadek nagłego wytworzenia się zaćmy wskutek ostrej niedokrewności.* (Ein merkwürdiger Fall plötzlicher Entwickelung beiderseitigen grauen Stares nach Blutverlust). Dr A. Pihl z Gotenburga. (Centralbl. f. Augenheilk. 1900. I).

Autor opisuje przypadek, odnoszący się do 33letniej niezamężnej córki pewnego fabrykanta, mającej pochodzić z zupełnie zdrowej rodziny. Prócz zwykłych chorób osutkowych w dzieciństwie i duru brzusznego, przebytego przed 9 laty, innych ciężkich chorób nie przechodziła. Od czasu duru ma być jednak niedokrewną i osłabioną. Od lekarza domowego dowiedział się autor ponadto, że osoba ta jest dotknięta wybitną hysteryą. W ostatnich tygodniach cierpiała wiele z powodu bólu zębów. Dentysta wydobył jej sześć spróchniałych korzeni, przyczem przyszło do bardzo znacznego krwotoku. Równocześnie pojawiła się kilkodniowa niezwykle obfita menstruacya, a wkrótce potem z nieznanych przyczyn ponowił się duży krwotok z dziąseł i skutkiem tak znacznej utraty krwi wystąpiło nadzwyczaj wielkie osłabienie ogólne. Wśród tego zauważyła chora szybko postępujące zamglenie wzroku, który w ciągu trzech dni podupadł do tego stopnia, że rozróżnianie przedmiotów stało się utrudnione (PL. palce na 1,5 m). Badanie przedmiotowe wykazało

znaczny stopień niedokrewności (50% hemoglobiny), zresztą nie wykryło żadnych innych ogólnych zaburzeń. Obydwie soczewki w znacznej części zaćmione, przepuszczają z dna oka słaby tylko odblask różowy. Zresztą oczy żadnych innych zmian nie okazują. Po przebyciu obustronnej operacyi odzyskała chora dobrą bystrość wzroku.

Autor zastanawia się nad etyologią tego szczególnego przypadku. Wszelkie przyczyny miejscowe można było z łatwością wykluczyć. Z przyczyn ogólnych oprócz ostrej niedokrewności nie zdołał żadnej innej wykazać. Ponieważ dla zaćmienia soczewki bezpośrednią i ostateczną przyczynę stanowi niemal zawsze upośledzenie jej odżywienia, przeto nagłe zubożenie krwi co do upostaciowanych składników może wystarczyć do wyjaśnienia tak szybkiego rozwinięcia się zaćmy, jakkolwiek autor nie znalazł w literaturze podobnego spostrzeżenia. W przypadku opisanym istniały jednak poszlaki, że chora od dziecka miała już może bardzo nieznaczną zaćmę warstwową (wzrok już poprzednio niezupełnie bystry, kształt głowy przemawiający nieco za przebytą krzywicą, jakkolwiek wywiady w tym kierunku były ujemne). Nagła utrata krwi miałaby tu zatem znaczenie czynnika, wywołującego nadzwyczaj szybki rozwój zaćmy, która dotychczas nie czyniła żadnych postępów.

*Dr K. W. Majewski.*

*Mięsienie w ocznej praktyce.* J. Sassaparel (Wojenno-medicinskij Żurnał. Grudzień. 1899).

Poczynając od Hippokratesa, autor kończy na wibracyjnem mięsieniu Makłakowa, które z pożytkiem stosowane było w rozmaitych ocznych chorobach przez Sniegirowa *(ulcera corneae, hypopyon, scleritis* i osobliwie *glaucoma etc.).* Wkońcu rozprawy Dr S. opowiada 5 własnych spostrzeżeń, w których z pożytkiem stosował mięsienie.

Mięsienie stosuje on nie tylko w ostrych, ale i w przewlekłych chorobach, trwających od 1—10 lat. Autor tak się unosi nad mięsieniem sublimatową maścią, że chciałby zrobić z niej panaceum wszystkich chorobliwych spraw oka. »Ostatnimi czasy — powiada on — zarzuciłem nawet arg. nitricum przy ropnem zapaleniu, gdyż to ostatnie wylecza się i bez niego«. »Mięsienie w większości spraw zapalnych oka jest najpewniejszym środkiem, przyczem sublimat (w rozczynie 1:1200 albo 2400) jest pomocniczym dodatkiem, jako odkażający i resorbujący, a kokaina jako znieczulający i uspokajający oko«. Dr S. twierdzi, że mięsienie w oftalm. praktyce wprowadził Pagenstecher. Robi je Dr S. inaczej: do worka spojówkowego za pomocą waty, okręconej na zapałce, wkłada maść wielkości 2 ziarn grochu (czy nie zadużo?), poczem chory zakrywa oczy i wielkim palcem robi się rozcierania powiek to w kierunku

zewnętrznym, to wewnętrznym — po kilkakrotnem powtórzeniu mięsienia bóle oka i głowy ustępują, zapalenie znika i chory już po pierwszem posiedzeniu uspokaja się. Wyzdrowienie następuje po kilku lub kilkunastu posiedzeniach. Jak widzimy, cudowny środek! Maść zapisuje do mięsienia taką: Rp. Sol. hydr. bichlor. 1:20 — gr. 1, Vaselin. americani flavi 31, cocaini mur. gr. 1. Posiedzenie trwa 3 minuty. *Dr J. T.*

## III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

**1. Towarzystwo okulistów w Moskwie.** Posiedzenie z dnia 21 grudnia 1899 r. według st. st. (Wracz. 1900. Nr 5).

Dr Strachow: O miąższowem zapaleniu rogówki w następstwie nabytej kiły. Włościanin, ze zdrowej pochodzący rodziny, przed 4 laty zaraził się przymiotem; przed dwoma miesiącami rozpoznał autor na oku lewem zapalenie miąższowe rogówki. Pomimo energicznego przeciwkiłowego leczenia sprawa na oku nietylko, że się nie polepszała wcale, lecz następowało nawet pogorszenie.

Według Trousseau'a zapalenie rogówki miąższowe, powstające w następstwie nabytej kiły, różni się od ker. parenchym. w przypadkach kiły odziedziczonej następującymi objawami: częściej zapada jedno oko (na 11 przypadków — 9 jednostronnych), bardzo rzadko spostrzega się powrót zapalenia (na 11 przypadków — zaledwo 1 powrót), zapalenie rogówki zjawia się między końcem 1 a początkiem 3 roku od chwili zarażenia, objawy chorobowe są słabsze, okres leczenia mniej długotrwały, zupełne restitutio ad integrum.

Ze nabyta kiła stanowi dość rzadką przyczynę rozwoju kerat. parenchym., dowód mamy w statystyce. Kiedy Aleksander w 102 przypadkach zapisał nabytą kiłę 12 razy, Pfister w 130 kerat. parench. nie spotkał ani razu kiły nabytej.

Dr Gołowin na dowód, iż istotnie nie zawsze bywają skuteczne przy zapaleniach miąższowych rogówki w następstwie nabytej kiły przeciwkiłowe środki, czyli, że nie zawsze przymiot bywa sprawcą kerat. parenchym., ilustruje podany przez Dra Strachowa opis bardzo ciekawego przypadku, leczonego w mosk. uniw. klinice. Do kliniki przyjęto chorego z trzeszczem (na 2 ctm.) i zupełną oftalmoplegią. Charakterystyczne blizny na skórze wskazywały na kiłę. Pod wpływem swoistego leczenia trzeszcz szybko zginął. Tym-

czasem w końcu dwumiesięcznego leczenia na drugiem oku powstaje zapalenie miąższowe rogówki, które, pomimo w dalszym ciągu stosowanego leczenia, zamiast niknąć, wciąż postępowało.

Dr Adelhejm sądzi, iż kerat. parench. nawet u osobników z odziedziczoną lub nabytą kiłą może być pochodzenia niekiłowego, że to przewlekłe zapalenie rogówki wywołać mogą wszystkie zakaźne choroby, poczynając od zimnicy. Przedstawiony jednak przypadek uważa A. raczej za keratitis pannosa ze względu na unaczynienie i istniejące przekrwienie i obrzęk górnego załamka, w którym siedzieć mogą, niewidoczne dla oka, jaglicowe ziarna.

Dr Strachow zwraca uwagę na cechy wyraźne, wskazujące, że mamy do czynienia z kerat. parench. Lekka łuszczka może zawsze towarzyszyć miąższowemu zapaleniu rogówki.

Dr Natansohn: Skoro przeciwkiłowe środki w przypadkach Drów S. i G. okazały się nieskutecznymi, nie należy zapalenia rogówki miąższowego uważać za powstałe wskutek nabytej kiły.

Prof. Kriukow uważa przedstawiony przez Dra Strachowa przypadek, pomimo istnienia powierzchownie biegnących na rogówce naczyń, za istotne zapalenie miąższowe. Odnośnie do etyologii, to u dzieci sprawcą zapalenia bywa zawsze przymiot, u starszych mogą być i inne przyczyny. Co się tyczy leczenia zapalenia miąższowego, prof. K. sądzi, iż (z wyjątkiem gruźlicy, a której w danym przypadku przyjąć nie można ze względu na zdrowy wygląd tęczówki) we wszystkich przypadkach rtęć bywa skuteczną.

Dr P. Bieriozkin przedstawia chorego z commotio retinae, który dopiero w tydzień po uszkodzeniu oka żelazną zasówką przy drzwiach zwrócił się do kliniki ocznej. Przy wziernikowem badaniu stwierdzono, iż siatkówka naokoło tarczy była zmętniałą, z wewnątrz i z dołu tarczy szła biała pozioma smuga, ponad którą przechodziło naczynie siatkówkowe. Pod tarczą spostrzegano nadto łukowato zgiętą białą plamę, wklęsłością swą zwróconą ku tarczy. Cokolwiek poniżej plamki widać było wynaczynienie krwi, zajmujące obszar, wyrównywujący mniej więcej $1^1/_2$ średnicy tarczy. W okolicy plamki żółtej widoczną była ciemna kropka, okolona z góry płaszczykiem szarawym. Uszkodzone lewe oko liczyło palce na odległość 4 m., z —2D. V. o. s. = prawie 0,3. W polu widzenia ponad plamką żółtą niewielka przerwa *(scotoma)*. Pole widzenia dla barw nieznacznie, współśrodkowo zwężone. Przy zewnętrznych oględzinach oka stwierdzono wylew krwawy pod spojówką dolnej połowy gałki, rozszerzenie źrenicy. Choremu przepisano $4^0/_0$ roztwór KJ. Po upływie 4 tygodni czasu, t. j. dzisiaj, obraz wziernikowy pozwala ściślej określić istotę choroby, mamy mianowicie do czynienia z contusio retinae. Biała pozioma smuga skurczyła się. Łukowato zgięta biała

plamka — to przerwanie siatkówki; biała pozioma smuga — to obrzęk włókien nerwowych albo ich surowiczy nasięk. Zmiany w okolicy plamki żółtej uważać należy (Norman Hansen) za następstwo wynaczynień z sieci włoskowatej, w obszarze plamki żółtej umieszczonej; w powstaniu zmian tych odgrywają jednakże rolę i drobniutkie przerwania naczyniówki.

Dr Sniegirioff spostrzegał również przypadek commotionis retinae; w oku wziernik wykrył nadto przerwanie naczyniówki, idące poziomo od tarczy do plamki żółtej. Pozagałkowy krwotok, V perceptio lucis.

Dr Natansohn podkreśla stosunkową rzadkość poziomych pęknięć naczyniówki, które zwykle bywają łukowatej postaci. Mechanizm powstawania poziomych przerwań naczyniówki i siatkówki jest nam niewiadomy.

Dr Disler przedstawia chorego z *neuritis proliferans*. Chory zaniewidział po uszkodzeniu oka kawałeczkiem drutu niemal odrazu. Leczył go Dr Kacaurow w Jarosławlu, do niego też autor uda się po bliższe wskazówki, gdyż od chorego trudno dowiedzieć się co pewnego. W obecnej chwili ciało szkliste i soczewka są przezroczyste, tarcza n. wzrokowego zasłonięta prawie całkowicie białą plamą kształtu gwiazdy; naczyń na zaćmieniu tem nie widać. Zaledwie jeden brzeg plamy wystaje nieco nad powierzchnię siatkówki.

Dr Sniegirioff: O endothelioma gruczołu łzowego z okazaniem preparatów drobnowidowych. Widziano rozrastające się w gruczole łzowym włókniaki, torbiele, mięsaki, raki, ale śródbłoniaka nie rozpoznawano ani razu. Źródłem wytworzenia się nowotworu, według zdania autora, były prawdopodobnie śródbłonkowe komórki sokowych szczelin w tkance spojówkowej. W rozprawie Proehl'a na 91 zebranych przypadków wszelakich nowotworów gruczołu łzowego, w 30% rozpoznano rakowca.

Ponieważ przy drobnowidowem badaniu śródbłaniaka wygląd komórek w niektórych miejscach bardzo do nabłonka zbliżony, Snieg. przypuszcza, że na tej zasadzie prawdopodobnie zapisywano czasami śródbłoniaki jako rakowce. Śródbłoniak, o którym mowa, powstał u 43letniego zdrowego pod każdym innym względem włościanina przed 2 laty i dosięgnął przed operacyą wielkości orzecha.

Dr Sniegirioff: O neurowłókniaku skóry powieki i głowy z okazaniem makro- i mikroskopowych preparatów. Nowotwór niebolesny rozwijał się powoli od wczesnych lat dziecinnych, przed operacyą chora (Mordwa) liczyła lat 24. Nowotwór zajmował większą część czoła, tworząc tu podstawę, następnie, jako fartuch, opuszczał się niżej aż do kąta ust i dolnej żuchwy, zakrywając sobą wierzchnią połowę grzbietu nosa, lewe oko i lewy policzek.

Skóra, pokrywająca nowotwór, zabarwiona prawidłowo, zmarszczona, z rosnącymi gdzieniegdzie włosami i z rozszerzonymi wylotami gruczołów. Skóra nowotworu, jak gdyby grubsza od prawidłowej, tworzy z nowotworem całość, przy dotyku wisząca część nowotworu okazuje się miękką. Krom powyżej opisanego posiada chora drugi taki nowotwór wielkości $^1/_2$ greckiego orzecha na skórze piersi około lewego *cavum axillae*. Po odsunięciu fartuszka na czoło: lewa brew zkazała się $2^1/_2$ razy dłuższą i 2 razy szerszą od prawej, opadnięcie ogrubiałej górnej powieki, dolna powieka w stanie prawidłowym, odwinięcie obydwóch powiek *(ectropion)*, spojówka powiek, znajdująca się w stanie obrzęku i przerostu, wydziela śluz. Wielkość gałki prawidłowa; wskutek zmętnienia rogówki V = liczy palce na 3—4 metrów. Operacyi usunięcia nowotworu dokonano w 2 posiedzeniach z przerwą tygodniową, pod chloroformem. Rychłozrost. Badanie drobnowidowe, przy uwzględnieniu poglądu Recklinghausen'a, wykazało *neuro-fibroma cutis*. Według autora w literaturze lekarskiej nowotworów o takiej budowie i w tej okolicy nie opisywano. — Lappen-Elephantiasis Bruns'a i Billroth'a[1]) nie były badane drobnowidowo.

Dr Natansohn widział także nowotwór, tylko o $^1/_3$ mniejszy, u kobiety plemienia także Mordwy z penzeńskiej gubernii.

*Włodz. Talko.*

## 2. IX. Kongres miedzynarodowy okulistyczny w Utrechcie (Dok.).

E. Treacher-Collins z Londynu, mówiąc *o anatomii i braku przyrodzonym więzu grzebieniastego,* okazuje za pomocą projekcyi układ kąta tęczówko-rogówkowego w oku pewnej klasy zwierząt, w kilku oczach zarodków ludzkich, w oczach małogałkowych *(mikrophthalmus)* i w szeregu ócz dotkniętych przyrodzoną jaskrą. Z okazów tych wynika, że w oczach prawie wszystkich zwierząt ssących więz grzebieniasty jest silniej rozwinięty, aniżeli u człowieka.

U tamtych można rozróżniać zewnętrzny taśmowy pas ze szparami i wewnętrzny jamisty z wielkimi nieregularnymi przestworami.

U człowieka nie ma jamistego pasa, zdaje się, że on zupełnie ogranicza się na kąt przedniej komórki. Ta odmiana więzu grzebieniastego kojarzy się z odmianą we względnem położeniu rogówki do gałki. Mniejszy obwód rogówki w stosunku do gałki u człowieka związany jest z uproszczeniem budowy więzu i przedłużeniem komórki przedniej na zewnątrz.

---

[1]) Atlas Esmarch'a i Kulenkampff'a, tablice XIV i XX.

W swoim rozwoju embryonalnym oko znajduje się okresowo w stanie podobnym do oka zwierzęcego co do owych stosunków. W niektórych potwornych oczach *(mikrophthalmus)* ta budowa części naokoło kącika przedniej komórki i pod względem wielkości rogówki do gałki pozostaje na stopniu embryonalnego rozwoju, a tem samem podobną bywa do prawidłowej budowy oka zwierzęcego.

W niektórych oczach o wzmożonem od urodzenia napięciu wśródgałkowem, gdzie więc włókna elastyczne nad miarę są rozdęte, budowa więzu grzebieniastego podobną jest do budowy zwierzęcej, a nawet pas jamisty w nich się znajduje.

Prelegent wnioskuje na podstawie tych danych, 1., że uproszczenie więzu i przedłużenie kąta komórkowego na zewnątrz u człowieka ułatwia odpływ cieczy śródocznej; 2., że skoro płodowy stan więzu napotykamy w oczach małych *(mikrophthalmus)*, odpływ limfy nie doznaje upośledzenia, napięcie pozostaje więc prawidłowe; 3., że przeciwnie ono wzmaga się w miarę rozwoju oka, jeżeli w oku, skądinąd prawidłowo rozwiniętem, więz grzebieniasty pozostał na pewnym stopniu płodowego niedorozwoju. —

T s c h e r n i n g z Paryża mówi *o zmianach akomodacyjnych w oczach*, a najprzód przypomina to, co przed pięciu laty już w Edynburgu poruszył, t. j. wytwarzanie się przez akomodacyę przedniego stożka soczewkowego *(lenticonus)*. Zjawisko to można łatwo przez skiaskopię stwierdzić. Obok i nieco za badanym ustawia się lampę, której płomień zasłonięty jest cylindrem, opatrzonym w otwór o 1 cm. średnicy. Badający siedzi w odległości 50 cm. i posługuje się wziernikiem L i e b r e i c h'a. Badając w takich warunkach miarowego, którego przez soczewkę o 6 diop. zrobiliśmy krótkowzrocznym, zobaczymy tylko plamę błyszczącą w środku źrenicy, gdy reszta jest ciemną.

Po usunięciu soczewki powstanie inny obraz. Gdy teraz bowiem badany akomoduje siłą sześciu dioptryi, widzimy środkową plamę, ale i brzegi źrenicy są również oświetlone, a pomiędzy pierwszą i drugimi znajduje się pas ciemny. Przy najmniejszem poruszeniu wziernika widzimy, że środkowe światło porusza się w tym samym, co zwierciadło, kierunku, gdy obwodowe w przeciwnym, tak, że oba światła po tej stronie, w którą się wziernik zwrócił, zlewają się, a cień przybiera teraz postać połksiężyca.

Z doświadczenia tego wynika, że gdy akomodacya centralna wynosi 6 dioptryi, obwodowa nie dochodzi nawet do 2. Dla osiągnięcia dobrych wyników wypada dziecko albo młodą osobę z wielkiemi źrenicami badać, albo też zapuścić kokainę.

Dalej wspomina T. o pewnych zjawiskach, występujących przy największej akomodacyi: obrazek katoptryczny tylnej powierz-

chni soczewki przesuwa się ku dołowi, gdy obrazek przedniej powierzchni skończył ruch swój dośrodkowy. Niekiedy i ostatni obrazek wykonuje równocześnie ruch ku dołowi, ale nie jest on nigdy tak wybitny, w porównaniu do ruchu małego obrazka. Objaw ten T. odniósł do przesunięcia się soczewki, wykluczając jej opadnięcie, gdy przesunięcie to odbywa się nie na linii prostej, ale krzywej, a najczęściej krzywa ta wklęśnięciem zwrócona jest ku nosowi.

Prelegent przypuszcza, że rozchodzi się przy tem o małe poruszenia gałek.

Przy takiem poruszeniu przesunięcie obrazu zależnem jest od odległości ośrodka wypukłości danej powierzchni od środka rotacyjnego gałki. W oku akomodowanem ośrodek przedniej powierzchni soczewki leży bardzo blisko ośrodka rotacyjnego, wskutek czego przesunięcie tego obrazka wypadnie bardzo nieznaczne. Natomiast ośrodek wypukłości tylnej powierzchni soczewki bardzo daleko leży od ośrodka rotacyjnego, a bardzo blisko rogówki, wskutek czego przesunięcie tegoż obrazka nie tylko o wiele większem, aniżeli takiegoż przedniej powierzchni, wypadnie, ale większem będzie, aniżeli jakiejkolwiek widomej części oka.

Prelegent widywał drżenie małego obrazka w oczach atropinowanych, skoro badanemu polecił akomodować, ale brakło przy tem zawsze przesunięcia małego obrazka.

Nie udało się T s c h e r n i n g'owi przekonać się o zjawisku podmiotowem, pozwalającem wnioskować o opadaniu soczewki przy największej akomodacyi. Przyrząd, którym się prelegent posługiwał, pozwolił mu z łatwością wykazać, że oko eserynowane nieco w oczodole ku dołowi się poruszało, stosownie do ciężkości, przy pochyleniu głowy w bok. Rozmaite autoptyczne przedmioty zdawały się natomiast zachowywać zobopólne swe w polu widzenia położenie.—

R o g m a n z Gandawy mówi *o rzekomej akomodacyi ócz bezsoczewkowych.* Badaniom poddawał oczy operowane nie z powodu zaćmy, ale oczy pozbawione soczewki dla krótkiego wzroku, a znalazł przytem rzekomą akomodacyę, wynoszącą od 2—5 dioptryi, z tem jednakże ograniczeniem, że wzrok był słabszym przy punkcie bliży, aniżeli przy punkcie dali. Rzekomą akomodacyę tłomaczy R. fizyologicznym nieregularnym astygmatyzmem. Unikając irydektomii przy operacyach dla zaćmy wykonanych, ułatwiamy, zdaniem prelegenta, możność rzekomej akomodacyi. —

W r o z p r a w i e zwraca S i l e x na to uwagę, że wypukłości rogówki przy rzekomej akomodacyi ucisk mięśniowy nie zmienia, jak to twierdzono.

T h i e r z Akwisgranu przypomina, na co zwrócił dawniej już

uwagę, że obszar zastępczej akomodacyi większy jest w oczach operowanych bez irydektomii, aniżeli z irydektomią. —

Greef z Berlina mówi *o Fuchs'a rzekomym zaniku nerwu wzrokowego.*

Fuchs ogłosił w »Archiwie« Graefe'go spostrzeżenie, że spojówkowe przegródki *(septa)* zupełnie w obwodzie pnia nerwowego często ulegają niezwykłemu przeobrażeniu. Znajdujemy tu szereg przegródek koncentrycznych do pochewki pialnej, tworzących pierścień kilkorako przerywany. Na zewnątrz od tych przegródek, t. j. pomiędzy niemi a pia, brak zawsze włókien nerwowych, ale w ich miejscu znaleźć można delikatną siatkę. Fuchs mówi tu *o obwodowym zaniku nerwu,* a Greef zwalcza miano zanik, ponieważ brak włókien nerwowych w tem miejscu już od urodzenia u wszystkich ludzi zachodzi.

Według Greef'a więc mamy do czynienia z fizyologiczną osłonką nerwogliową, tak, jak ona zachodzi wszędzie w centralnym systemie nerwowym. —

W. Goldzieher z Budapesztu mówi *o iritis glaucomatosa.*

Najczęściej właśnie iritis serosa powoduje wzmożone napięcie, a prelegent zastanawia się nad tem, jak często i z jakich okolicznościowych powodów występuje wzmożone napięcie przy iritis serosa.

Opierając się na pięciu przypadkach, sądzi prelegent, że iritis serosa wtenczas do jaskry daje powód, jeżeli przechodzi w postać włóknistą *(fibrosa).* W następstwie tego drogi lymfatyczne zatykają się wysiękiem krzepnącym. Przychodzi więc do zatrzymania płynów w gałce. Pod względem terapeutycznym zaznacza G., że zasadnicze stosowanie środków zwężających źrenicę i ciepłe okłady mogą cierpienie usunąć z pominięciem irydektomii. —

W. Schoen z Lipska mówi *o trzech głównych anatomicznych zmianach przy sprawie glaukomatycznej.* Rozróżniać trzeba zmiany główne i poboczne. Ostatnie występują dopiero później następowo, są jednakże w oczach dotkniętych rozwiniętą jaskrą daleko jawniejsze od pierwszych i takowe nawet zakrywają.

Zdaniem prelegenta trzy główne zachodzą przy jaskrze anatomiczne sprawy, a lubo niezawsze w postaci czystej występują, to jednak zawsze się z niemi spotkać można.

Są niemi:

1. Wgłębienie tarczy. Już przed 15 laty doszedł Sch. na podstawie obszernego materyału, dotyczącego młodych i starych ócz, do przekonania, że t. zw. zagłębienie fizyologiczne nie jest fizyologicznem, ale nabytem w życiu.

Ścięgnami południkowych włókien mięśnia rzęskowego są lamina fusca i suprachoroidea naczyniówki; przyczepiając się do pochwy nerwu wzrokowego, z czasem wytwarzają rozciągnięcie pochewek i włókien nerwowych, doprowadzając do zagłębienia. Fizyologiczne zagłębienie jest tylko okresem, wyprzedzającym zagłębienie jaskrowe.

2. Wyciągnięcie rąbka siatkówkowego w kosmyki i tworzenie się próżni Blessig'a *(Hohlräume)*.

U nowonarodzonego dziecka rąbek siatkówkowy jest prostym, nie istnieje wcale ora serrata. Kosmyki albo ząbki nabywa siatkówka dopiero później, a najwyższy stopień tychże przedstawia zmiany jaskrowe. Wśród życia zmiana ta anatomiczna wytwarza objawy jaskry, a mianowicie wysunięcie się naprzód soczewki, spłaszczenie przedniej komórki i wzmożenie jawnej nadwzroczności.

3. Zanik mięśnia rzęskowego. Zamiast wyprężonych pęczków mięśniowych, znajdywał Sch. wiotkie, próżne, kręcone cewki. Przejście do włókien ścięgnowych nie da się wszędzie wykazać. A pomiędzy włóknami mięśniowemi znajduje się tkanka szklista. Mamy więc do czynienia ze zanikiem mięśniowym, połączonym z myositis interstitialis fibrosa. Następstwem tych zmian jest wysunięcie się naprzód kąta ciała rzęskowego, co u żyjącego znaczy się wystąpieniem ostrej i atonicznej jaskry. -

W rozprawie zaznacza Hess z Marburga: Posiadam szereg prawidłowo wyglądających ócz noworodków, a przedstawiających owo kolankowate zagłębienie. Wobec tego musiałby Schoen przyjąć kurcze mięśniowe wśródmaciczne. Według doświadczeń, podjętych przez siebie i Dra Heine'go, ustaje wszelkie działanie kurczu mięśniowego już w okolicy równikowej, tak, że nie można więc przyjąć działania mięśnia rzęskowego na nerw wzrokowy.

Schoen: Owo przesunięcie nerwu wzrokowego znajduje się tylko u dzieci, które miewały kurcze, takowe zaś mogły i w łonie matki zachodzić. Natomiast dzieci wolne od kurczów nie przedstawiają tych zmian ani na tarczy, ani też w ora serrata.

Przesunięcie naczyniówki jest bardzo drobiazgowe i dlatego nie da się ono doświadczalnie wykazać za pomocą tak mało ścisłego badania, jakiem jest użycie szpilek. *W.*

## IV. LECZNICTWO.

**10. Wodnik chloralu, chloralhydrat,** jako odtrutkę przeciw zatruciom kokainą, poleca Giofreddi i to w wielkich dawkach, a mianowicie 3—4 gr. Natomiast kokaina nie jest odtrutką przeciw chloralowi. (X. kongres włoski dla med. wewn.). —

**11. Przeciw chorobie Basedowa** zachwala Paulesco w „Gaz. hebdom. de méd. et chir." siarczan chinowy w dwóch dawkach po $^1/_2$ gr. wieczorem wziętych. Środek ten przez swe działanie ściągające korzystnie wpływa na wole i silny przypływ krwi do tego organu, ograniczając zbytnią gruczołu wydzielinę. Tak przyspieszone tętno, jako też bezsenność i podrażnienie znikały, by znowu wystąpić, skoro działanie chininy przerwano.

**12. Kamfora przeciw gruźlicy.** Dr Aleksander zaleca przeciw tuberkulosis podskórne zastrzykiwania kamfory: 0,01 do 0,03 codzień raz. *W.*

## V. ROZMAITOŚCI.

**Nerwica intermitująca oftalmiczna ze samozakażenia.** Dr Deutsch opisuje odnośny przypadek u chorego, dotkniętego silnym bardzo bólem, przeszkadzającym nawet w widzeniu. Chory, zresztą zawsze zdrów, jedynie dotknięty był nieżytem żołądka. Mimo, że śledziona nie była bolesną i nie nabrzmiała, podawano choremu chininę ze względu, iż w okolicy malarya panowała: nie miała ona jednak wpływu na ból głowy. Natomiast kalomel, jako laksans podawany po 0,5, usuwał prawie zupełnie silne często, co 6 godzin powtarzające się bóle, występujące po najmniejszem uchybieniu w dyecie. — Badanie moczu wykazało wielką zawartość indikanu. — (Klinische Beitraege zur Lehre von den acuten intestinalen Autointoxicationen. „Wiener med. Wochenschrift". Nr 6. 1900).

**Działanie zimnych i ciepłych okładów na ciepłote oka.** Hertel w Jenie doszedł na podstawie swych doświadczeń do odmiennych, aniżeli Silex, wyników, a mianowicie, że ciepłe okłady podnoszą, zimne obniżają ciepłotę oka. Skutek występuje bardzo prędko, osiąga po kilku minutach najwyższy stopień, by znowu wkrótce po zdjęciu okładu ustąpić. (Graefe'go „Archiw". T. 49. I).

Hinshelwood wspomina o dwóch chorych, którzy mogli wyrazy czytać, ale nie potrafili liter nazwać, z których się wyrazy te składały. (Lancet. 1899, według referatu Revue générale d'ophthalm. Nr 10. 1899). *W.*

**Pismo „zwierciadlane"** *(l'écriture en miroir).*

Na posiedzeniu paryskiej Akademii medycznej z dnia 30 stycznia b. r. odczytał Laveran w imieniu Dra Marinesco opis choroby pewnego 25letniego mężczyzny, obciążonego neuropatycznie, dotkniętego zaburzeniami w sferze umysłowej i okazującego następujący szczególny objaw: za dyktatem pisał on w sposób wprost odwrotny, niż się zwykle pisze, mianowicie od prawej strony ku lewej tak, że pismo jego, zresztą poprawne, wyglądało zupełnie jak pismo zwyczajne, oglądane w zwierciedle — i tylko w zwierciedle mogło być bez trudu odczytane. — Dr Marinesco spotykał się z podobnem pismem w kilku przypadkach połowiczego prawostronnego porażenia z afazyą lub bez niej, w dwóch przypadkach skurczu pisarskiego i u kilku osobników zdrowych, gdy im polecił pisać ręką lewą. Jako przyczynę tego objawu przypuszcza Dr M. zaburzenie w skojarzeniu ośrodków korowych wzroku z ruchowymi ośrodkami nerwów mięśni czynnych przy akcie pisania. (Według Semaine Médicale). — *K. W. M.*

---

**Punkcikowate wynaczynienia na spojówce** gałkowej jako też powiekowej w następstwie uśpienia gazem rozweselającym ($N_2O$) opisuje Morton. Narkozy użyto u 23letniej osoby dla wyrwania zęba. Oprócz wynaczynień spojówkowych znaleziono liczne drobne plamki krwotoczne na skórze szyi i lewego sutka. Oczy zmian wziernikowych nie okazywały. (Według Annales d'oculistique 1900, II). *K. W. M.*

---

**Stan upojenia, wywołany zapuszczeniem ezeryny.** — Na posiedzeniu Société médicale des hôpitaux z dnia 12 stycznia b. r. podał Rubinowicz opis przypadku, w którym u starca dotkniętego miażdżycą tętnic spostrzegał po zapuszczeniu dwukrotnem półprocentowej ezeryny stan bardzo podobny do upojenia alkoholem. Z początku ciepłota ciała nieco się podwyższała, poczem spadała poniżej stanu prawidłowego. Chory okazywał w tym czasie zaburzenia psychiczne, w szczególności zwidywania podobnie, jak w stanie upojenia alkoholowego. Nakoniec ogarniał go głęboki sen. Zapuszczanie pilokarpiny nie wywoływało u niego żadnych podobnych zaburzeń. Rubinowicz zastrzykiwał ezerynę morskim świnkom, u których stwierdził następnie podobne wahania ciepłoty ciała, a prócz tego drgawki i nastroszenie sierści. (Według Annales d'oculistique, 1900, II). *K. W. M.*

---

**Ostra achromatopsya.** Dr Erwin opisuje przypadek, w którym u dwóch dziewczynek (13 i 14 lat) wystąpiła nagle zupełna ślepota barwna w następstwie przyglądania się śniegiem pokrytej przestrzeni przy silnym blasku słonecznym. Schorzeniu temu towarzyszyły: światłowstręt, ścisk powiek, przekrwienie spojówki, zwężenie źrenic, ścieśnienie pola widzenia dla barwy białej, lekkie przekrwienie dna oka,

wreszcie nudności. Slepota barwna trwała u obydwu dziewczątek przez dwa tygodnie, poczem powoli wróciło prawidłowe poczucie barw. Leczenie polegało z początku na zimnych okładach, później zastosowano prąd elektryczny i strychninę. (Według Annales d'oculistique, 1900, II).

*K. W. M.*

---

**Chiński podrecznik okulistyki.** Na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa oftalmologicznego z dnia 21 grudnia 1899 pokazał Hirschberg zgromadzonym chiński podręcznik okulistyki, o którego wartości mógł się przekonać z załączonego przekładu angielskiego, który mu równocześnie z Nankingu przysłano. Książka ta ukazała się po raz pierwszy w r. 1758, w r. zaś 1868 doczekała się powtórnego wydania. Lien Tsuen, nowy wydawca, zaznacza w przedmowie, że jak niebo posiada słońce i księżyc, tak człowiek ma dwoje oczu, — i jak czarne chmury zaciemniają słońce, tak wszelkie choroby oczne przyćmiewają wzrok. W książce tej jednak znajdzie czytelnik podane lekarstwa na wszelkie oczne cierpienia. Wykład chorób ocznych i podstawy ich leczenia oparte są w tem dziele na twierdzeniu przyjętem za pewnik, że twardówka i jej schorzenia zależą od płuc, tęczówka od wątroby, źrenica od części płciowych, kąciki oczne od serca, górna powieka od śledziony, a dolna od żołądka. Stosownie do tego podziału radzi chiński okulista leczyć zapalenie tęczówki przez podawanie odwarów żółciopędnych, przy zapaleniu zaś skóry powiek zaleca carminativa! — Jak z tych kilku urywków wynika, dzieło to niezbyt pochlebnie świadczy o naukowym poziomie chińskiej okulistyki. *K. W. M.*

---

**Sekcya okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.**

W dalszem następstwie zgłosili wykłady:

3. Dr K. W. Majewski: „Skuteczność zastrzykiwań mięśniowych dwujodku rtęci w oliwie przy chorobach ocznych“.
4. Dr Łuniewski: „Znaczenie lecznicze dioniny w okulistycznej praktyce“.

Termin otwarcia zjazdu, mającego się odbyć w dniach od 21—25 lipca, już niezbyt odległy, spodziewamy się zatem, że zgłoszenia odczytów odtąd liczniej napływać będą.

Koledzy, którzyby zamierzali zamiejscowych chorych przedstawić, będą mogli takowych na dni kilka umieścić w uniwersyteckiej klinice okulistycznej.

Zgłoszenia przyjmuje I asystent kliniki okulistycznej Dr K. W. Majewski, ul. Kopernika. *B. Wicherkiewicz.*

---

**Oftalmologiczne Towarzystwo w Heidelbergu** odbędzie w tym roku zebranie swe w sierpniu, a mianowicie 13, 14 i 15 sierpnia. — Zgłoszenia wykładów i demonstracyj przyjmuje aż do d. 1 sierpnia radca med. Dr Hess w Moguncyi.

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dimmer z Insbruku obejmuje katedrę oftalm. w Gracu.

Prof. Schweigger ustąpił z katedry oftalm. w Berlinie, a miejsce po nim obejmie prof. Michel z Wyrcburga.

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

### Dr Franciszek Sroczyński

zmarł dnia 9 marca b. r. w Krakowie.

Dr Franciszek Sroczyński, docent okulistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, urodził się dnia 24 maja 1862 roku w Stanisławowie. Rozpoczęte tamże nauki szkolne ukończył, przesiedliwszy się do Krakowa, w gimnazyum św. Jacka, otrzymawszy w czerwcu 1880 roku świadectwo dojrzałości. Okazując jeszcze za czasów szkolnych wielkie zamiłowanie do nauk przyrodniczych, zapisał się w Krakowie na wydział lekarski, gdzie też w roku 1886 w lipcu otrzymał dyplom doktorski. Zajmując się z predylekcyą optyką i fizyką, już jako słuchacz medycyny zwrócił swą uwagę na dział chorób ocznych i przy nadarzającej się sposobności udał się jeszcze przed odbyciem ostatnich egzaminów państwowych w roku 1885 do Poznania do kliniki prof. Dra Wicherkiewicza, gdzie objął miejsce asystenta klinicznego. Pobyt jego dłuższy w tymże zakładzie udaremniły władze pruskie; gdyż po edykcie bismarckowskim, wypędzającym wszystkich Polaków innych zaborów z granic pruskich, musiał i on opuścić zakład poznański, a wszelkie usiłowania i wpływy prof. Wicherkiewicza zaledwie o 3 miesiące zdołały pobyt jego w Poznaniu przedłużyć. Wróciwszy do Krakowa i otrzymawszy dyplom lekarski, rozpoczął ś. p. Franciszek Sroczyński pracę zawodową w szpitalu św. Łazarza, a gdy, po odbyciu służby wojskowej, zawakowało miejsce asystenta kliniki okulistycznej, objął to stanowisko, które do jesieni 1893 roku zajmował.

Opuszczając mury kliniczne, habilitował się jako docent prywatny okulistyki przy Uniwersytecie krakowskim na podstawie pracy, ogłoszonej w wydawnictwie dzieł lekarskich polskich pod tytułem „O zapaleniu sympatycznem oka“ i osiadł w Krakowie.

Już jako asystent zwrócił na siebie uwagę swych przełożonych przez swe sumienne wypełnianie obowiązków, swe zdolności znamienite i niewyczerpany niczem zapał do pracy, a szerokie koła młodych słuchaczy, których ucząc i objaśniając umiał zagrzać do pracy zawodowej, uwielbiały w nim z prawdziwą czcią i miłością, szczerego przyjaciela uczących się.

Szanowany i lubiony przez kolegów i starszych i młodszych, dla wielkiej zacności i prawości charakteru, ubóstwiany przez polecających się jego opiece klientów, potrafił ś. p. Franciszek Sroczyński wzbu-

dzić swą rozległą wiedzą i taktownem postępowaniem zaufanie u szerokich kół ludności, a zaufanie to rosło z dniem każdym.

Gdy po śmierci ś. p. profesora Rydla wydział lekarski zamianował go zastępcą i kierownikiem kliniki okulistycznej uniwersyteckiej z poleceniem prowadzenia przerwanych zgonem profesora wykładów, przyjął ś. p. Franciszek ten nowy obowiązek z wielkim zapałem i radością nietajoną.

Dla talentu pedagogicznego, który ś. p. Franciszek zdradzał już jako młody asystent, udzielając wskazówek uczniom jego opiece oddanym i przygotowywując ich do egzaminów ścisłych, otwarło się nowe i szerokie pole popisu.

Praca kliniczna, o której zawsze marzył, na którą wszelkie myśli i dążenia swe miał skierowane, dodawała mu coraz to większej energii i rozbudzała coraz więcej jego zdolności: a wszystkie wolne chwile, które i tak skąpo sobie wymierzał, obracał już li tylko na to, by się jak najlepiej i najsumienniej z poruczonego mu zadania nauczycielskiego wywiązać. Nieszukający towarzystwa, zamknięty w sobie, nawet i skryty i małomowny, zmieniał się do niepoznania na klinice. Stojąc przed licznym zastępem słuchaczy, nabierał zapału i ognia, a talent retoryczny jaśniał wtedy w całej pełni. Jak dobrze z tego zadania się wywiązał, nie będziemy więcej wspominać, gdyż zbyt świeżo mamy te chwile, kraszące jego działalność, w pamięci. Oprócz tego umiał on pogodzić z pracą ściśle zawodową i działalność naukową, piastując przez wiele lat mozolną godność sekretarza Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, a należąc prócz tego do komisyi redakcyjnej „Przeglądu Lekarskiego“, zasilał i jego łamy swemi pracami, nie zapominając i o innych polskich wydawnictwach; z ważniejszych prac przytaczamy tutaj: 1) „Dwie operacye wągra podsiatkówkowego“. 2) „O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii“. 3) „Wzrok i okulary (popularne)“. 4) „Zez zastępczy w porażeniach mięśni zewnętrznych oka“. 5) „Przyczynek do leczenia jaskry złośliwej“. 6) „Przyczynek do leczenia operacyjnego ropnia rogówkowego“. 7) „Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych oka“. 8) „Badanie astygmatyzmu“. 9) „O oślepnięciu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek“. 10) „O zapaleniu sympatycznem oka“.

Żal szczery i głęboki ogarnął szerokie koła kolegów i przyjaciół na wieść nagłą i najmniej spodziewaną, że własną ręką, ręką, która była zawsze przyjacielsko otwartą dla każdego potrzebującego, tak chętną do każdej usługi, targnął się na życie.

Zdenerwowany od dłuższego czasu, więcej wegetował, niż żył, stroniąc od towarzystwa nawet bliskich bardzo; zapadał w ostatnich czasach coraz więcej na zdrowiu i to może przyspieszyło smutną katastrofę. Poszedł w krainę spokoju, z której nikt nie wraca, a odprowadzony na miejsce ostatniego spoczynku przez tłumy przyjaciół, opuścił nas na zawsze, zostawiając między nami pamięć drogiego towarzysza i człowieka szlachetnego i bez skazy — wspomnienie *»aere perennius«*.

Cześć jego pamięci. *Dr Brudzewski.*

# Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki **literackie** uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

**We wszelkich innych sprawach** pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

---

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

**Redakcya.**

---

## OGŁOSZENIA.

UNIWERSYTETOWI JAGIELLONSKIEMU
W JEGO ROKU JUBILEUSZOWYM

POŚWIĘCA WYDAWCA.